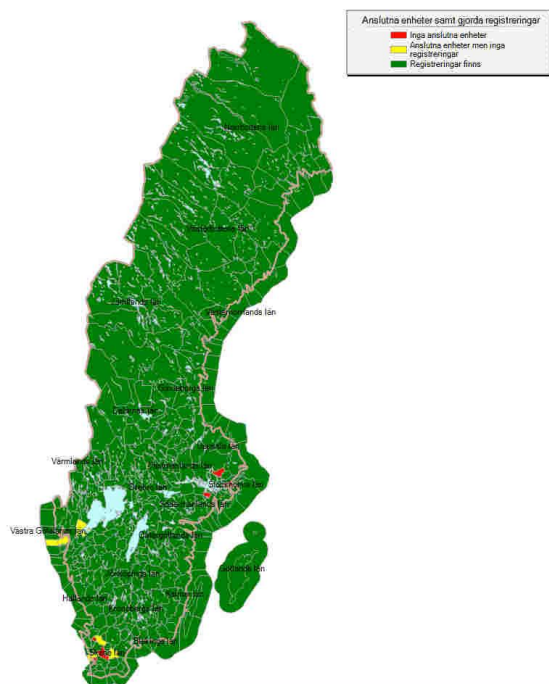
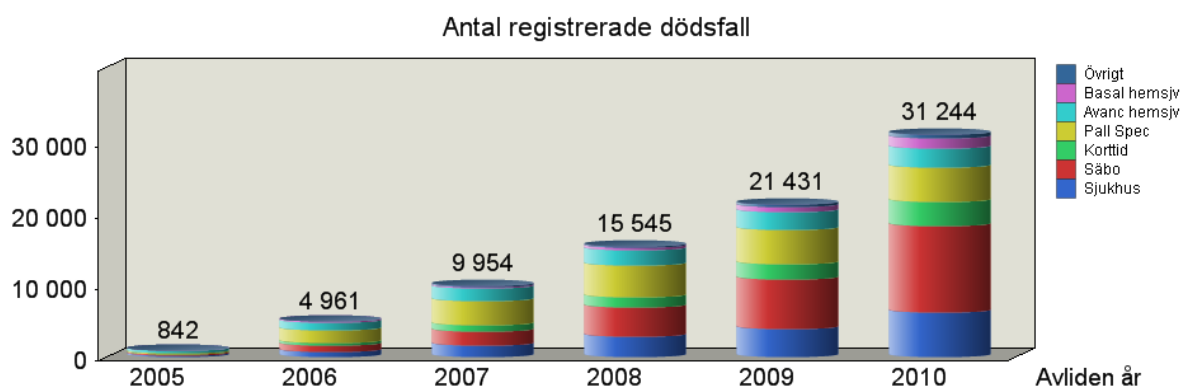


Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2010



Kommunvis täckningsgrad där det finns verksamhet kopplad till registret. Bilden är uppdaterad 2011 03 28.



Denna sida är avsiktligt blank

Innehåll

Innehåll	3
Registerhållarens förord	7
Sammanfattning	8
Organisation	9
Ledningsgrupp.....	9
Referensgrupp.....	9
Övriga funktioner	10
Den palliativa processen.....	11
Bakgrund.....	11
Vision	12
Värdegrund	13
Definitioner och centrala begrepp	13
Brytpunkt för palliativ vård i livets slutskede	14
Palliativa insatser.....	14
Palliativ vård i livets slutskede	15
Riktlinjer, rekommendationer, syfte och mål	16
Syfte och mål	16
Den palliativa vårdprocessen	16
Den palliativa vårdens innehåll	16
Kvalitetskriterier för vård i livets slutskede	17
Inrapportering	18
Dödsfallsenkäten	18
Enhetsenkäten	18
IT-stöd.....	18
Bättre liv för sjuka äldre	19
Resultat statsbidrag 2010	19
Kommun	20
Framgångsfaktorer och hinder	21
Hög täckningsgrad	21
Framgångsfaktorer	22
Låg täckningsgrad.....	22
Hinder.....	23
Reflektioner	23
Täckningsgrad	24
Verksamhetstypsrelaterad utveckling.....	24
Utveckling per dödsplats	24
Täckningsgrad per dödsplats	24
Utveckling per folkbokföringskommun.....	26
Tabell landstingsvis/regiondelsvis	26
Tabell kommunvis.....	27
Blekinge län.....	27
Dalarnas län	28
Gotlands län	28
Gävleborgs län	29
Hallands län.....	29
Jämtlands län	30
Jönköpings län	30
Kalmar län	31
Kronobergs län	31

Norrbottnens län	32
Skåne län	32
Stockholms län	34
Södermanlands län.....	35
Uppsala län	35
Värmlands län	36
Västerbottens län.....	36
Västernorrlands län	37
Västmanlands län.....	37
Västra Götalands län	38
Örebro län	39
Östergötlands län	40
Resultat Enhetsenkäten.....	41
Tillgång till läkare jourtid.....	41
Rutiner för information.....	43
Rutiner för symtomskattning	44
Rutiner för vid behovsläkemedel	45
Rutiner för erbjudande av eftersamtal	46
Resultat patientenkäten – väntade dödsfall	47
Casemix	47
Särskilda boendeformer	47
Korttidsvård	48
Sjukhus.....	49
Hospice/Palliativ SV	50
Avancerad hemsjukvård	50
Basal hemsjukvård	51
Spindeldiagram – en översikt	53
Hela Sverige.....	53
Säbo + korttidsboende	54
Palliativ slutenvård.....	54
Hemsjukvård (avancerad och basal)	55
Sjukhus.....	55
Särskilda boendeformer och korttidsplatser	56
Cancerandel	60
Information till den döende	63
Smärtskattning med VAS/NRS.....	65
Ordination av injektion opioid vid behov	67
Trycksår.....	69
Dödsplats i enlighet med senast kända önskemål.....	71
Erbjudande av eftersamtal.....	73
Sjukhus	75
Cancerandel.....	85
Information till den döende	86
Smärtskattning med VAS/NRS.....	88
Ordination av injektion opioid vid behov	89
Trycksår.....	91
Dödsplats i enlighet med senast kända önskemål.....	92
Erbjudande av eftersamtal.....	93
Palliativa slutenvårdsenheter	94
Cancerandel	97

Information till den döende	98
Smärtskattning med VAS/NRS	99
Ordination av injektion opioid vid behov	100
Trycksår.....	101
Dödsplats i enlighet med senast kända önskemål.....	103
Erbjudande av eftersamtal.....	104
Avancerad hemsjukvård.....	105
Cancerandel	107
Information till den döende	108
Smärtskattning med VAS/NRS	109
Ordination av injektion opioid vid behov	110
Trycksår.....	111
Dödsplats i enlighet med senast kända önskemål.....	113
Erbjudande av eftersamtal.....	114
Basal hemsjukvård.....	115
Cancerandel	119
Information till den döende	121
Smärtskattning med VAS/NRS	122
Ordination av injektion opioid vid behov	123
Trycksår.....	124
Dödsplats i enlighet med senast kända önskemål.....	125
Erbjudande av eftersamtal.....	126
Cancerdiagnos	127
Täckningsgrad	127
Resultat cancerdiagnos	128
Vårdinnehåll cancerpatienter	128
Verksamhetsfaktorer och palliativt vårdinnehåll.....	130
Tillgång till läkare jourtid	130
Skriftliga rutiner	131
Analys av enhetsfaktorer som kan samvariera med olika vårdinnehåll	133
Metod	133
Informerande läkarsamtal.....	133
Injektionsläkemedel vid behov.....	134
Trycksår.....	135
Närvarande i dödsögonblicket	136
Eftersamtal	137
Sammanfattning	137
Goda exempel på vårdutveckling med registerdata.....	138
Rutin om läkemedlesanvändning	138
Resultatförbättring på universitetsklinik.....	139
Fullriggarens vårdboende Helsingborg	139
Norrbottens läns landsting	140
Smärtskattning gör skillnad	140
Kunskapsstöd på olika sätt via registret	141
Årsrapporter	141
Goda exempel.....	141
Korta dokument.....	141
Film och webbteve	142
Telefon	142
Frågelåda.....	142

Fältarbetare och utvecklingsledare	142
Informations- och analysarbete	142
Riktade kurser	142
Ledning och styrning	142
Brytpunktssamtal – när det ska hållas och vad det ska innehålla	143
Tankar som legat till grund för den förändrade dödsfallsenkäten	145
Enhetsenkät 2007 05 01 –	146
Dödsfallsenkät 2007 05 01 –	149

Registerhållarens förord

Så har det blivit dags att sammanfatta ännu ett års intensivt arbete. 2010 blev ett speciellt år för Svenska palliativregistret. I och med denna årsrapport avslutas den första etappen av utvecklingen av ett verksamhetsstöd för vård i livets slut. En ny omarbetad dödsfallsenkät har sett dagens ljus fr o m den 1 januari 2011.

Tack vare den stora satsningen på Bättre liv för sjuka äldre så har registret fått nya möjligheter till utveckling. Ett kansli med anställda kan serva er på golvet kontorstid. Ett gäng fältarbetare kan tillsammans med utvecklingsledare besöka er på hemmaplan och hjälpa till med såväl hur man registrerar som hur man skall använda sina data för utvecklingsarbete. Våra medarbetare kan i olika former förmedla kortfattade kunskapsstöd. Vår IT-leverantör kan utveckla vår utdataportal och påbörja övergången till inloggning med SITHS-kort. Nya moduler för patientupplevelse och efterlevande liksom journalmallar som kan föras över till registret kommer att se dagens ljus snabbare än de annars hade gjort.

Till syvende och sist så handlar det om att vi tillsammans skall kunna erbjuda ett grundläggande vårdinnehåll den sista tiden i livet hos alla vårdgivare. Alla människor i vårt land skall i slutet av sina liv kunna känna tryggheten i att veta att det finns folk som vill informera mig om min situation när jag är redo för att ta emot den informationen. Jag behöver inte oroa mig för egna symtom eller för hur det ska gå för mina närstående. Jag kan känna mig trygg i förvisningen att landsting och kommun samarbetar (ev med hjälp av privata entreprenörer) så att jag kan vårdas där jag vill vara med tillgång till alla de olika kompetenser och yrkeskunnande som kan behövas för att lösa de problem som kan uppstå den sista tiden i livet.

När du har läst årets sammanfattning i 10 punkter här nedan så hittar du fler intressanta avsnitt:

- En grundläggande genomgång av vad palliativ vård innebär hittar du på sidan 11.
- Satsningen Bättre liv för sjuka äldre beskrivs på sidan 19.
- Läs om hur det formligen kokar av aktivitet runt om i landet under Täckningsgrad på sidan 24.
- Ta del av resultaten uppdelat i olika vårdformer i våra öppna jämförelser på sidan 47.
- Läs hur det går för cancerpatienter som rapporteras till registret på sidan 127.
- En ny analys av sambanden mellan olika verksamhetsfaktorer med hjälp av statistiska metoder hittar du på sidan 133.
- Allt fler goda exempel på bra palliativ vård med stöd av registerdata hittar du på sidan 138
- Till sist får du inte missa att ta del av registrets utbud av stödfunktioner inklusive några nya dokument på sidan 141.

Tack till alla er som vårdar människor i livets slut och registrerar era resultat.
Tack till regering, departement, myndigheter och institutioner som ger oss möjlighet att driva detta kvalitetsregister.

Sammanfattning

Analysen av 2010 års resultat kan sammanfattas i följande punkter:

1. Täckningsgraden har ökat markant över hela landet och ligger i många län på drygt 60% av alla dödsfall under sista kvartalet 2010.

- Totalt 31 244 registreringar har gjorts av 2 885 enheter under 2010
- Näst intill 100 % täckningsgrad inom hospice/palliativ slutenvård
- Cirka 50 % täckningsgrad inom kommunala boendeformer
- Cirka 25 % täckningsgrad på sjukhus
- Dalarna, Kalmar och Östergötland har en täckningsgrad för cancerdödsfall som överstiger 75 %
- Framgångsfaktorer för hög täckningsgrad:
Genomtänkt introduktion och återföring av resultat för fortsatt verksamhetsutveckling

2. De som avlider på sjukhus eller inom kommunala boendeformer och deras närstående har mer sällan fått möjlighet till ett informerande läkarsamtal än de som vårdas av den specialiserade palliativa vården och av hemsjukvården.

3. Man dör oftare ensam på sjukhus än i andra vårdformer.

4. Enheter med skriftliga rutiner har oftare vidbehovsinjektioner mot plågsamma symtom ordinerat och erbjuder oftare eftersamtal än enheter som inte har sådana rutiner.

5. Systematisk smärtskattning sista veckan i livet genomförs i mindre än 10 % av inrapporterade fall.

6. Cancerpatienterna som är äldre än 75 år erbjuds, jämfört med de som är yngre, mer sällan informerande läkarsamtal, smärtskattning, vidbehovsläkemedel mot ångest, att dö på den plats man önskar och att dö med någon vid sin sida.

7. Hospice/palliativ slutenvård och avancerad hemsjukvård beläggs till cirka 90 % av patienter med cancer. Detta innebär att många patienter med andra sjukdomar inte får samma möjlighet till specialiserat palliativt stöd.

8. Det finns fortsatt mycket stora skillnader över landet vad gäller det palliativa vårdenhålllet som kommer de sjuka och deras närstående till del. Detta gäller även när man jämför vårdenheter av samma sort.

9. 12 % (3 712 st) av samtliga inrapporterade dödsfall 2010 sker på vårdenheter dit det inte går att få en läkare under jourtid. Motsvarande siffra 2009 var 8 %.

10. Registerdata används för kontinuerligt förbättringsarbete av vården i livets slutskede i hela landet. Regeringens satsning på Bättre liv för sjuka äldre har dessutom gett 210 kommuner och 18 landsting 50 miljoner kronor för fortsatt förbättringsarbete att dela på genom att de registrerat en tillräckligt hög andel av de som avlidit.

Organisation

Landstinget i Kalmar län är huvudman för Svenska palliativregistret. Landstinget bistår framförallt med service för PA och ekonomi respektive har ansvaret för personuppgiftsombud. Registret har de första åren drivits av en styrgrupp som träffats regelbundet under året samt ett verkställande utskott som på avlönad tid genomfört mycket av arbetet.

I och med satsningen på Bättre liv för sjuka äldre har registret fått mer resurser men också större krav på resultat på kortare tid. Under 2010 har därför en ny organisation skapats där den dagliga verksamheten leds av en ledningsgrupp i stället för det gamla VU och där styrgruppen istället blivit en referensgrupp som utökats med representanter för fler medicinska professioner och för allmänheten.

Ledningsgrupp

Registerhållare:

Greger Fransson, överläkare anestesi o IVA, Enheten för palliativ medicin, EPM, Länssjukhuset i Kalmar
greger.fransson@palliativ.se

Ordförande i referensgruppen:

Bertil Axelsson, Med Dr, överläkare Storsjögläntan/Kirurgkliniken Östersunds sjukhus
bertil.axelsson@palliativ.se

Palliativ medicin:

Per-Anders Heedman, överläkare spec geriatrik och allm onkologi, Palliativt

kompetenscentrum i Östergötland
per-anders.heedman@palliativ.se

Palliativ omvårdnad:

Monika Eriksson, Fil mag, sjuksköterska palliativa rådgivningsteamet Skövde
monika.eriksson@palliativ.se

Ansvarig kansli:

Susanna Ehne
susanna.ehne@palliativ.se

Referensgrupp

Här ingår förutom ledningsgruppen:

Akademi

Carl Johan Furst, professor, överläkare, Stockholms sjukhem
cj.furst@stockholmssjukhem.se

SFPM

Staffan Lundström, Med Dr, överläkare Stockholms sjukhem
staffan.lundstrom@stockholmssjukhem.se

SFPO

Maria Olsson, specialistsjuksköterska onkologi, Privo – palliativt rådgivningsteam, Oskarshamn
maria.olsson@palliativ.se

MAS

Ingela Mindemark, medicinskt ansvarig sjuksköterska Oxelösunds kommun
ingela.mindemark@palliativ.se

Kommunsjuksköt

Marjatta Alsén, sjuksköterska hemsjukvården, Helsingborgs kommun
marjatta.alsen@palliativ.se



Sjukhusvård
Susanne Börjesson, vårdenhetschef
medicin/geriatrik, SU/Östra sjukhuset,
Göteborg
susanne.borjesson@vgregion.se

Svensk onkologisk förening
Louise Häger Tibell
louise.hager-tibell@karolinska.se

Svensk kirurgisk förening
Susann Plate
susann.plate@liv.se

Svensk internmedicinsk förening
Patrik Björgård
patrik.bjorgard@vgregion.se

Svensk geriatrisk förening
Anne Ekdahl
anne.ekdahl@lio.se

Svensk förening för allmänmedicin
Vakant

PRO
Kerstin Blomqvist
kerstin.blomqvist2@comhem.se

PRO
Maj-Britt Sandlund
majbritt.sandlund@telia.com

SPF
May Öberg
may-inge.oberg@telia.com

SPF
Astor Wikström
astor.wikstrom@spfpension.se

Kansli
Sara Adolfsson
sara.adolfsson@palliativ.se

Övriga funktioner

Personuppgiftsombud:
Gunilla Dicksson, Landstinget i Kalmar
län
gunilla.dicksson@ltkalmar.se

It-beställare:
Christer Lindholm, Hälso- och
Sjukvårdsförvaltningen, Landstinget i
Kalmar län
christerl@ltkalmar.se

Kontaktperson landstinget:
Ragnhild Holmberg, sjukvårdsdirektör
Landstinget i Kalmar län
ragnhildh@ltkalmar.se

Kontaktperson IT-avtal:
Ulf Nilsson, Otimo Data AB
ulf.nilsson@otimo.se



Den palliativa processen

Bakgrund

Antalet kvalitetsregister inom sjukvården ökar ständigt och uppgår nu till 89 officiellt listade. Utvecklingen drivs på av Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting som ser dessa register som ett viktigt redskap för att stimulera fortsatt förbättringsarbete utifrån vad som faktiskt sker med patienten/vårdtagaren.

Grundprinciperna bakom Palliativregistret har från starten 2005 varit att frågornas innehåll ska avspegla centrala områden i det som kan kallas god palliativ vård i livets slutskede och som lyfts fram i *Döden angår oss alla. Värdig vård vid livets slut* (SOU 2001:6). Även registrets senare beskrivna vision har sitt ursprung i denna utredning.

Registrets datainsamling och dataanalys har som mål att identifiera brister som finns i vården i livets slutskede och därigenom skapa ett positivt förändringstryck på beslutsfattare samt initiera ett kontinuerligt lärande och ständigt förbättringsarbete hos landets vårdgivare, till gagn för de döende. De osedda behoven av palliativ vård i livets slutskede synliggörs genom att alla dödsfall registreras, även de personer som dör utan att ha identifierats som palliativa patienter.

Nationellt kunskapsstöd

I såväl SOU 2001:6 som i Socialstyrelsens rapport om utvecklingen av vården i livets slutskede i landsting och kommuner (SoS 2006-103-08), konstateras att vården i livets slutskede är ett område där det finns brister och stora regionala skillnader. Bristen gäller framför allt medicinska insatser, bemötande, information och stöd till närstående. Suboptimal lindring och brist på information/stöd till patient och närstående ger påvisbara negativa effekter på livskvaliteten för såväl vårdtagaren/patienten som närstående.

Regeringen har gjort bedömningen att det är nödvändigt att utveckla det nationella kunskapsstödet till den palliativa vården som bedrivs av landsting och kommuner samt privata vårdgivare och enskilda omsorgsgivare. Regeringen har därför gett SoS i uppdrag att utforma ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. I uppdraget ingår att:

- Uppdatera och ta fram nationella riktlinjer eller annan vägledning för den palliativa vården i syfte att ge stöd för regionala och lokala vårdprogram (en preliminär version av riktlinjerna beräknas vara klar sommaren 2012).
- Utforma nationella indikatorer
- Definiera och främja användningen av gemensamma termer och systematisk begreppsanvändning inom området
- Fortsatt stödja utvecklingen av register för palliativ vård
- Ta fram vägledning för samverkan mellan landsting, kommuner, privata vårdgivare samt enskilda omsorgsgivare

Projektet att utforma ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård genomförs som tre delprojekt. Dessa är:

- Gemensamma termer och systematisk begreppsanvändning
- Nationella riktlinjer och annan vägledning
- Indikatorer och datakällor

Flera av Socialstyrelsens diagnosspecifika nationella riktlinjer innehåller rekommendationer om åtgärder för en god palliativ vård. Sammanlagt finns cirka 50 rekommendationer för palliativ vård i de befintliga riktlinjerna för demens, diabetes, stroke, hjärtsjukvård, bröst-, kolorektal- och prostatacancer, astma och KOL samt lungcancer (vilka rekommendationer det gäller framgår i denna årsrapport under rubrikerna *Den palliativa vårdens innehåll* och *Nationella kvalitetsindikatorer*). Dessa rekommendationer kommer efter en översyn av innehåll och aktualitet att sammanställas i en riktlinje tillsammans med eventuella nya områden som bör belysas med rekommendationer inom nationella riktlinjer. Riktlinjen kommer att fokusera på frågeställningar där behovet av vägledning är som störst på grund av praxisskillnader, ojämlik vård över landet eller kontroversiella frågor.

Svenska palliativregistrets fortsatta utveckling kommer att ske i samklang med ovanstående arbete likväl som andra pågående initiativ som:

- Framtagandet av ett nationellt vårdprogram
- Regeringens satsning "Bättre liv för sjuka äldre"
- Kriterier för regionala cancercentrum

Vision

Människor som vårdas i livets slutskede finns inom samtliga specialiteter i såväl öppen som sluten vård samt inom den kommunala vården. En stor andel av de döende tillbringar sin sista tid inom kommunala boendeformer där bristen på läkarstöd, på många håll, är ett välkänt problem. En stor del av de obotligt sjuka tillbringar sin sista tid på sjukhus i en miljö som huvudsakligen är inriktad på korta vårdtider och kurativt syftande åtgärder. Många äldre kommer dessutom, de sista två veckorna i livet, bli föremål för förflyttningar mellan slutenvård och hemvård för att slutligen avlida på sjukhus. Varje år avlider cirka 1 % av Sveriges befolkning (90-93 000 personer) och tidigare har uppskattningen varit att 80 % av dessa skulle ha nytta av den palliativa vårdens innehåll.

Visionen för Svenska palliativregistret är att alla människor boende i Sverige, med sina unika behov, tillförsäkras en värdig och välfungerande vård vid livets slut och att palliativ vård av god kvalitet ska kunna bedrivas såväl vid palliativa verksamheter som brett inom hela sjukvårdssystemet och den kommunala omsorgen.

Mycket kunskap och erfarenhet har under de senaste åren samlats hos dem som huvudsakligen arbetar med döende människor och en utmaning är att från denna erfarenhetsmässiga och evidensbaserade kunskap definiera ett konkret vårdinnehåll som kommer patienten/vårdtagaren till del och sprids vidare genom "goda exempel" till alla dem som i sitt vårdarbete möter den döende människan – vare sig det är på ett sjukhus, i hemsjukvården eller på ett särskilt boende.

Även när livet går mot sitt slut finns behov av ett strukturerat arbetssätt för att tillförsäkra kvalitet i det medicinska och omvårdnadsmässiga omhändertagandet. Arbetssättet förutsätter ett gemensamt språk, gemensam värdegrund och vision, definition av den palliativa vårdprocessen, definition av ett konkret vårdinnehåll, mätbara mål och ett utifrån resultat initierat förbättringsarbete.

Värdegrund

Diskussioner har under många år förts om vad som är kvalitet i en situation när man drabbas av en obotbar sjukdom, blir allt sämre och slutligen dör. British Geriatrics Society har föreslagit elva grundregler som återspeglar olika aspekter av kvalitet på vården i livets slutskede. Grundtanken är att det är till gagn för oss människor:

- att veta när döden är nära och förstå vad som är att vänta
- att behålla kontrollen över vad som händer
- att få behålla värdighet och integritet
- att ha kontroll över lindring av smärta och andra symtom
- att ha valmöjligheter och kunna bestämma var man ska dö, det vill säga hemma eller på sjukhus
- att få andliga och religiösa behov tillgodosedda
- att ha rätt till palliativ vård, inte bara på sjukhus
- att ha kontroll över vem eller vilka som är närvarande på slutet
- att ha möjlighet att sätta upp direktiv som garanterar att önskningar respekteras
- att ha tid att ta farväl och få bestämma andra viktiga tidpunkter
- att få dö när det är dags och inte få livet förlängt när det inte längre finns någon mening

Definitioner och centrala begrepp

I Sverige lever allt fler människor allt längre med en obotlig sjukdom. För den enskilde innebär det kortare eller längre perioder av stabil sjukdom omväxlande med perioder av tilltagande sjukdomspåverkan då de närmar sig döden.

Den sjukdomsspecifika behandlingen fortsätter i dag, i allt större omfattning och ibland alltför länge, långt efter det att den botande ambitionen fått överges i livsförlängande och symtomlindrande syfte. Flera års erfarenhet och aktiv strävan att utveckla vården för de patienter som inte botas utan lider och dör av sin sjukdom, har gjort att beskrivningen av begreppet palliativ vård förändrats.

Världshälsoorganisationens aktuella definition från 2002 är övergripande:

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom.

Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem.

Palliativ vård:

- lindrar smärta och andra plågsamma symtom
- bekräftar livet och betraktar döendet som en normal process
- syftar inte till att påskynda eller fördröja döden
- integrerar psykologiska och andliga aspekter i patientens vård
- erbjuder organiserat stöd till hjälp för patienter att leva så aktivt som möjligt fram till döden
- erbjuder organiserat stöd till hjälp för familjen att hantera sin situation under patientens sjukdom och efter dödsfallet
- tillämpar ett teambaserat förhållningssätt för att möta patienters och familjers behov samt tillhandahåller, om det behövs, även stödjande och rådgivande samtal
- befrämjar livskvalitet och kan även påverka sjukdomens förlopp i positiv bemärkelse
- är tillämpbar tidigt i sjukdomsskedet tillsammans med terapier, som syftar till att förlänga livet, såsom cytostatika och strålbehandling

Palliativ vård omfattar även sådana undersökningar som är nödvändiga för att bättre förstå och ta hand om plågsamma symtom och komplikationer.

Denna definition skiljer sig från tidigare beskrivning (1990) i och med att det anges att den palliativa vårdens innehåll kan tillämpas tidigare i sjukdomsförloppet tillsammans med livsförlängande terapier. Utifrån denna nya beskrivning, och utifrån det väl etablerade och accepterade synsättet att vården för dessa patienter med obotlig, livshotande sjukdom har olika skeden med olika mål och olika innehåll i vård och behandling kan följande definitioner användas i avvaktan på Socialstyrelsens arbete med gemensamma termer och systematisk begreppsanvändning

Brytpunkt för palliativ vård i livets slutskede

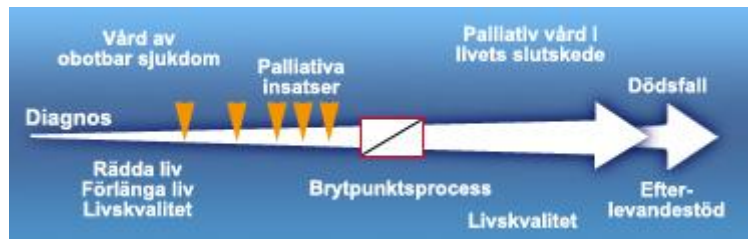
En gräns där vården ändrar inriktning och mål - från bot och livsförlängning till livskvalitet. För såväl patient, närstående som vårdpersonal är denna punkt ofta inte distinkt utan en process över tid med en successiv förskjutning av vårdinnehållet från målet att rädda och förlänga liv till att försöka bibehålla eller öka livskvaliteten hos patienten. Beslutet kan vara svårt att fatta men det är avgörande för vårdresultatet, eftersom målet med vården förändras. Brytpunkt för palliativ vård i livets slutskede innebär att livsförlängande insatser inte längre har effekt eller att effekten är marginell och nettoeffekten på patientens livskvalitet är negativ.

Palliativa insatser

Enstaka vårdåtgärder som minskar lidandet och ökar livskvaliteten, oavsett var i sjukdomsförloppet patienten befinner sig.

Palliativ vård i livets slutskede

Det samlade vårdinnehållet efter brytpunkt för palliativ vård i livets slutskede. Oftast rör sig denna del av en människas liv om dagar - veckor (= sen palliativ fas).



<http://lio.se/Startsida/Verksamheter/Narsjukvarden-i-ostra-Ostergotland/Palliativ-kompetenscentrum/> (20110318)

Riktlinjer, rekommendationer, syfte och mål

Syfte och mål

- Syftet med Palliativregistret är att successivt förbättra vården i livets slutskede
- Målgruppen utgörs av alla döende patienter/vårdtagare oavsett vårdgivare
- Socialdepartementets mål för 2011 är att mer än 50% av alla dödsfall i Sverige ska registreras, 70% 2012

Den palliativa vårdprocessen

Den enskilt viktigaste framgångsfaktorn, som också initierar vårdprocessen, är en tydlig identifiering av den palliativa patienten/vårdtagaren. Därefter sker en medicinsk bedömning av läkare (brytpunktsbedömning) där hela teamets samlade medicinska och omvårdnadsmässiga kunskap behövs, efterfrågas och används.

Brytpunktsbedömningen syftar till att avgöra om patienten befinner sig i livets slutskede men innefattar också en värdering av om olika medicinska livsförlängande åtgärder fortfarande gagnar patienten eller inte. Efter en bedömning av patientens kognitiva och kommunikativa förmåga som ger oss vägledning för vad, hur och vem vi ska informera genomförs därefter ett informerande samtal (brytpunktssamtal) med patient och närstående. Huvudsyftet med detta samtal är att underlätta valfrihet och betona att vårdens inriktning och mål har förändrats så att fokus ligger på livskvalitet och symtomlindring. De åtgärder som därefter bör komma patienten till del har sitt ursprung dels i de nedan beskrivna riktlinjerna från Socialstyrelsen dels från den samlade erfarenhetsmässiga kunskap som finns nationellt.

Den palliativa vårdens innehåll

Inom ramen för Socialstyrelsens riktlinjer för cancersjukvården har försök gjorts att konkretisera den palliativa vårdens innehåll, dvs. utifrån Världshälsoorganisationens aktuella definition lyfta fram åtgärder som efter behov ska komma den obotbart sjuke till del i livets slutskede. Åtgärder som rangordnats högt efter brytpunkten för palliativ vård i livets slutskede representerar ett högt prioriterat och väldefinierat vårdinnehåll oavsett var man vårdas (grundläggande palliativ vård):

- Behovsanpassade insatser av ett team med läkare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal med basal kompetens i palliativ vård med tillgänglighet dygnet runt oavsett var och av vem man vårdas
- Kommunikation med patient och närstående om vårdens inriktning och mål vid övergång till palliativ vård i livets slutskede
- Smärtanalys och farmakologisk smärtbehandling
- Smärtblockad
- Farmakologisk behandling av illamående i livets slutskede
- Farmakologisk behandling av förvirringstillstånd i livets slutskede
- Behandling med morfin vid andnöd i livets slutskede
- Farmakologisk behandling av ångest i livets slutskede
- Möjlighet till närvaro av vårdpersonal vid ångest i livets slutskede
- Samordnad vårdplanering och dokumentation
- Växelvård på slutenvårdsenhet eller särskilt boende/korttidsplats
- Palliativ kompetensstöd till berörda vårdgivare
- Behovsanpassade insatser av ett multiprofessionellt team tillgängligt dygnet runt med specialiserad kompetens för patienter med komplexa behov

Vissa insatser som t.ex. parenteral nutrition, behandling av andnöd med syrgas (utan samtidig hypoxi eller respiratorisk insufficiens), kombinerad fysikalisk ödemterapi samt mistelterapi har bedömts vara åtgärder som inte bör utföras alls efter brytpunkten för palliativ vård i livets slutskede. För syrgasbehandling och mistelterapi gäller detta även före brytpunkten.

De palliativa insatser som prioriterats högre före brytpunkten än efter (dvs. tidigare i sjukdomsförloppet) är t.ex. smärtblockad, palliativ strålbehandling, orsaksinriktad diagnostik och behandling vid olika symtom, blodtransfusion (eller erytropoetin) vid symtomgivande anemi, parenteral nutrition, behandling av hypercalcemi med bisfosfonater samt lymfödembehandling. Dessa insatser representerar ett mer specialiserat vårdinnehåll (specialiserad palliativ vård).

Nationella kvalitetsindikatorer

Socialstyrelsen har i de nationella riktlinjerna för vård och behandling av cancersjukdom även tagit fram tio stycken övergripande kvalitetsindikatorer för cancersjukvården varav tre är tillämpbara i livets slutskede oavsett grundsjukdom.

- Användning av VAS (Visual Analogue Scale, 0-10)/NRS (Numeric Rating Scale, 0-10) för skattning av smärta
- Registrering av dödsfall i Svenska palliativregistret
- Ordination av stark opioid parenteralt vid behov vid smärtgenombrott till patient i livets slutskede

Kvalitetskriterier för vård i livets slutskede

Baserat på ovanstående definitioner och indikatorer har ett antal mätbara kriterier formulerats. Den information som insamlas i registret skall spegla dessa kriterier.

- Patienten är informerad om sin situation
- Närstående är informerade om patientens situation
- Patienten säkerställs god omvårdnad
- Patienten är smärtskattad med validerat smärtskattningsinstrument och smärtlindrad
- Patienten är symtomskattad med validerat symtomskattningsinstrument och lindrad från övriga symtom
- Det finns läkemedel i injektionsform att ge vid behov för smärtgenombrott, oro, illamående och andningsbesvär
- Patienten behöver inte dö ensam
- Patienten ges möjlighet att dö på den plats hon själv önskar
- Närstående erbjuds uppföljande samtal efter dödsfallet

Inrapportering

Dödsfallsenkäten

Grunden i palliativregistret utgörs idag av en enkät som skall spegla vårdinnehållet den sista delen av livet. Den fylls i av personalen snarast möjligt efter dödsfallet på den enhet där den sjuke avled. Avsikten är att samtliga dödsfall oavsett orsak skall registreras för att även upptäcka osedda behov. Majoriteten av dödsfallen är av sjukvården väntade dödsfall och därmed borde patienten/vårdtagaren kunna få ta del av ett strukturerat vårdinnehåll oavsett vårdgivare. För dessa fylls hela enkäten i. Vid behov av rättsmedicinsk obduktion behöver man bara fylla i de första frågorna.

Vanligen besvaras frågorna av en sjuksköterska (>90%) medan det fr a vid palliativa specialenheter tas ett större direkt ansvar för ifyllandet av läkare. Ofta diskuteras den givna vården i arbetslaget runt patienten vilket i sig är positivt för vidareutvecklingen av den palliativa vården.

Frågorna har varit oförändrade sedan april 2007. En översyn gjordes 2009 vilket bl a resulterade i att en omarbetad dödsfallenkät infördes vid årsskiftet 2010/2011.

Dessa förändringar genomförs ny också i respektive journalmall i Östergötland.

Samma journalmallar har nu också lämnats över till Landstinget i Kalmar för test.

Dödsfallsenkäten som använts tom 2010 återfinns längst bak i denna rapport. Den nya enkäten finns på hemsidan www.palliativ.se.

Enhetsenkäten

Enhetsenkäten speglar faktorer av betydelse för att kunna erbjuda ett grundläggande palliativt vårdinnehåll. Den är numera obligatorisk för att kunna använda registrets funktioner och skall uppdateras varje år eller tidigare om det sker väsentliga förändringar i verksamheten. Exempel på frågeområden är en beskrivning av verksamhetsomfattning och bemanning, tillgång till olika yrkesgrupper kontorstid respektive jourtid och förekomsten av skriftliga rutiner för olika vårdåtgärder. Enkäten återfinns längst bak i denna rapport. Även här pågår en omarbetning och anpassning.

IT-stöd

Registret har från början valt att vara helt webbaserat. Verksamheten ombeds att anmäla sig i enheter t ex en enhet per sjukhusavdelning även om de tillhör samma klinik, en enhet per säbo-avdelning eller omvårdnadsansvarsområde osv. Varje enhet får en inloggning med vars hjälp man kan registrera enhetsuppgifter, dödsfallsenkäter samt fr a titta on-line på den egna enhetens statistik.

Sedan 2008 kan också en MAS eller verksamhetschef få en överordnad personlig inloggning med vars hjälp hon/han kan ta ut statistik för alla ingående enheter i sitt område.

Det huvudsakliga sättet att se resultaten av enkäten är med hjälp av registrets utdataportal. Portalen skapar uppdaterade rapporter varje gång de efterfrågas. Användaren kan själv använda olika filter för att göra urval.

En ny typ av rapport, kallad spindeldiagram, sammanfattar flera indikatorer och målvärden i samma bild och är tänkt att användas som en översikt för att påvisa styrkor och svagheter t ex för lednings- och verksamhetsansvariga.

Bättre liv för sjuka äldre

I början av 2010 resulterade en längre tids intensiva överläggningar i att regeringen fattade beslut om ett treårigt projekt kallat Bättre liv för sjuka äldre. Satsningen är på hela 271 miljoner kronor bara 2010 och bygger på flera delar. Genom att direkt stödja de två kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior alert vill socialdepartementet och SKL kunna visa på att nationella kvalitetsregister relativt snabbt kan spridas till samtliga vårdgivare i landet.

Registren skall både fungera som verktyg för datainsamling, verktyg för återkoppling och som en följd av det bidra till ett regelbundet analys- och förbättringsarbete på alla nivåer. Parallellt får kommuner och landsting tillsammans i ett verksamhetsområde möjlighet att ansöka om medel för att anställa s k utvecklingsledare. Dessa personer utbildas av SKL för att kunna bli ett mer stabilt nätverk med uppgiften att stödja det lokala förändringsarbetet.

Det ges stöd till 19 direkta mer eller mindre lokala projekt. Det görs en kartläggning av hur vården för multisjuka äldre ser ut i praktiken och sist men inte minst fördelas 100 miljoner kronor i s k prestationsbaserade statsbidrag till huvudmännen kommuner och landsting med hjälp av registreringarna i de två engagerade kvalitetsregistren.

För svenska palliativregistrets del handlade det om att bistå med underlag för att för mätperioden fjärde kvartalet 2010 fördela 50 miljoner – 40 till de kommuner och landsting som utifrån folkbokföringskommun registrerat minst 40 % av alla som avlidit den tiden och ytterligare 10 miljoner till de som nått 70 % av alla avlidna.

Täckningsgradsprocenten användes som kvalificeringsinstrument varefter alla pengarna fördelades bland de som kvalificerat sig utifrån antalet invånare över 65 år bosatta i respektive kommun/landsting.

Resultat statsbidrag 2010

Det är stora skillnader mellan olika kommuner och landsting vad det gäller storleken på befolkningen man är huvudman för. I den ena extremen handlar det om att registrera enstaka personer för att nå de uppsatta målen medan det i den andra extremen inte räcker med 100 registreringar.

Nedanstående tabell visar fördelningen av statsbidragen mellan kommun och landsting samt hur många som uppnått respektive kvalitetsregisters mål 2010.

Statsbidrag	Landsting	%	Kommun	%	Total
Palliativregistret	18 811 238 kr	38	31 188 762 kr	62	50 000 000 kr
Senior alert	32 656 970 kr	65	17 343 030 kr	35	50 000 000 kr
Totalt	51 468 208 kr	51	48 531 792 kr	49	100 000 000 kr
Måluppfyllelse	Landsting	%	Kommun	%	
Klarat målet 40 % reg i pallreg	18	86	210	72	
Klarat målet 70 % reg i pallreg	0	0	47	16	
Klarat Senior alert	13	62	132	46	
Klarat båda kvalitetsregistren	13	62	119	41	
Klarat något av kvalitetsregistren	18	86	223	77	

För att ytterligare belysa det arbete som läggs ner ute i verksamheterna lämnas följande exempel på 10-i-topp-listor:

Kommun

Nedanstående tabell visar de 10 kommuner för vars invånares dödsfall registrerats i Svenska palliativregistret i störst utsträckning (Totalt, %) samt i de efterföljande kolumnerna i vilka verksamhetstyper registreringarna gjorts. Antal rapporterade är det antal personer som rapporterats fjärde kvartalet 2010. Tabellen är sorterad i fallande ordning efter total täckningsgrad.

Kommun	Totalt	Säbo Korttid	Sjukhus	Pall SV + Avanc hsjuv	Övrig hsjuv	Antal rapporterade
Ydre	93	50	36	7	0	13
Älvsbyn	91	39	30	21	0	30
Bjurholm	89	44	11	11	0	8
Gagnef	89	67	22	0	0	24
Sävsjö	89	44	33	3	8	32
Åsele	88	88	0	0	0	7
Gnesta	86	52	24	10	0	25
Övertorneå	85	26	37	0	4	23
Ockelbo	85	52	9	6	12	28
Rättvik	84	63	11	11	0	32

Kommentar: Utifrån den absoluta täckningsgraden per folkbokföringskommun så är det relativt små kommuner som lyckats bäst. Antalet registreringar varierar mellan och 32. Var dödsfallen har inträffat varierar mellan Åsele där alla (7) dödsfallen inträffat på Säbo eller korttidsplats och Ockelbo vars 28 rapporterade avlidna (85 % av samtliga) vårdats i såväl säbo, på korttidsplats, på sjukhus, i olika former specialiserad palliativ vård som i basal hemsjukvård.

Nedanstående tabell visar de 10 kommuner för vars invånares dödsfall registrerats i Svenska palliativregistret i störst antal (Antal rapporterade) samt i de föregående kolumnerna i vilka verksamhetstyper registreringarna gjorts. Första kolumnen Totalt visar hur stor andel av de avlidna som registrerats. Tabellen visar antalet inrapporterade fjärde kvartalet 2010 och är sorterad i fallande ordning avseende Antal rapporterade.

Kommun	Totalt	Säbo Korttid	Sjukhus	Pall SV + Avanc hsjuv	Övrig hsjuv	Antal rapporterade
Stockholm	23	5	4	13	0	404
Göteborg	27	7	11	8	0	312
Gävle	65	39	19	4	2	159
Uppsala	45	27	6	10	2	159
Linköping	53	33	4	16	0	154
Norrköping	49	33	3	13	0	153
Eskilstuna	59	28	22	8	0	145
Örebro	43	23	0	11	5	145
Jönköping	42	24	10	7	1	137
Västerås	44	25	6	13	0	133

Kommentar: Trots att såväl Stockholms kommun som Göteborg stad toppar listan över antalet registreringar (404 respektive 312) så når man inte kvalificeringsgränsen på 40 %. För Stockholms kommuns del sker merparten av registreringarna inom den specialiserade palliativa vården och för Göteborgs stads del dominerar sjukhuset. I såväl Uppsala, Linköping, Norrköping, Örebro och Västerås nås målen trots mycket litet bidrag från sjukhusen. I Jönköping är registreringarna lite mer jämnt fördelade.

Framgångsfaktorer och hinder

För att öka vår förståelse för vad som utgjort framgångsfaktorer eller hinder för kommunerna i arbetet med att öka täckningsgraden valde vi att kontakta åtta kommuner som uppnått hög täckningsgrad (67 - 89 %) fjärde kvartalet och åtta med låg täckningsgrad (0 - 17 %). Vi telefonintervjuade 18 medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) plus en kvalitetschef och en registeransvarig sjuksköterska som vi blev hänvisade till för kompletteringar. Intervjuerna utgick från ett frågeformulär med fem öppna frågor. Fyra kommuner som lyckat bra fanns inom ett och samma landstingsområde, där en landstingsrepresentant intervjuades vars uppgift varit att införa registret i verksamheterna. Totalt intervjuades 19 personer. Nedan beskrivs kommunerna och resultatet av samtalen.

Nedanstående tabell visar antal invånare och täckningsgrad i procent kvartal 4 för de kommuner där intervju skedde. Tabellen är sorterad i fallande ordning efter täckningsgrad.

Kommun	Antal invånare	Täckningsgrad kv 4, %
Sävsjö	10 833	89
Åsele	3 056	88
Jokkmokk	5 182	83
Eksjö	16 293	77
Nässjö	29 308	77
Gislaved	29 176	75
Arjeplog	3 174	67
Bjurholm	2 446	67
Tierp	20 095	17
Tjörn	14 931	13
Orust	15 229	8
Simrishamn	19 321	7
Lund	110 332	5
Vänersborg	36 888	5
Eslöv	31 561	3
Hörby	14 852	0

Hög täckningsgrad

Befolkningsmängden i de åtta kommunerna som nått hög täckningsgrad varierade mellan 2 446 och 29 308. För fyra av kommunerna var antalet avlidna 8 - 18 personer och i resterande avled 36 - 83 personer kvartal fyra. Ingen av kommunerna som hade uppnått hög täckningsgrad tillhörde de mer folkrika kommunerna.

Fem av kommunerna började registrera i Palliativregistret under hösten 2010. I en kommun som nådde en täckningsgrad av 88 % (7 avlidna) hade alla dödsfall registrerats av en och samma korttidsenhet. Resterande kommuner hade fått hjälp från sjukhus med registreringar av dödsfallen (11 - 35 %).

Framgångsfaktorer

Faktorer som framhölls som framgångsfaktorer var den prestationsbaserade ersättningen (haft betydelse för alla kommunerna), genomtänkt introduktion med stödfunktion (kontaktpersoner) vid uppstarten, återföring med reflektion över resultat och insikten av att registret kunde användas såväl i verksamhetsutveckling som i verksamhetsuppföljning.

De små kommunerna lyfte fram de korta beslutsvägarna och närheten till medarbetarna som en fördel. När beslutet att börja väl var fattat "var det bara att sätta igång". Starten gick förvånansvärt smidigt och arbetet upplevdes enkelt. Trots en tidigare rädsla att arbetet med registret skulle ta för mycket arbetsinsatser i anspråk.

Introduktionen inför starten såg lite olika ut. Några MAS:ar förberedde införandet genom att de själva anmälde enheterna, besvarade enhetsenkäterna och i vissa fall tog fram rutiner och/eller en lathund för registreringar. Vissa gjorde själva även dödsfallsregistreringarna i början. Därefter informerades sjuksköterskorna som sedan tog över registreringarna. Stödfunktioner i form av sjuksköterskor med speciellt ansvar för att registreringar görs och uppföljning av resultatet fanns i flera av kommunerna. För några kommuner var startsträckan längre med flera informationstillfällen i personalgruppen. Registret upplevdes lätt att förstå och det ansågs lätt att fylla i enkäterna. Möjligheten att snabbt få hjälp från registret vid tekniska problem eller frågor som dök upp underlättade också införandet.

Arbetet med registret gjorde att personal upplevde sig mer delaktiga i arbetet runt patienten, genom att vården tydliggjordes. Registreringarna gav mer struktur åt arbetet men även tillfälle att reflektera både över arbetet som utfördes liksom olika synsätt på svåra frågor i livets slutskede.

Resultatet från registreringarna användes i vissa kommuner till regelbunden reflektion på arbetsplatsträffar och redovisning för socialnämnden. Vidare användes resultaten vid internkontroll när frågor omkring vården uppkom och vid samarbetsavtal med landstinget. Fördelen att själv äga sitt resultat direkt var tydlig. Något direkt kvalitetsarbete pågick inte utifrån den egna statistiken även om man lyft upp vissa frågor i personalgrupperna t.ex. den låga användningen av smärtskattningsinstrument. De fem kommuner som startat under hösten hade inte tagit ut egen statistik och upplevde det som krångligt.

Inom landstinget hade införandet gått snabbt och smidigt mycket beroende på ett centralt beslut att gå in i registret samt att en resursperson anställdes för att starta upp arbetet. Här blev sökandet efter nyckelpersoner/kontaktpersoner inom verksamheterna viktigt. Resurspersonen försökte också hitta frågor som stimulerade de olika verksamheterna att utveckla sitt användande av Svenska palliativregistret vidare t.ex. Hur arbetar ni med smärtlindring/informationsfrågor? Hur tänker ni omkring den sjukes valfrihet/önskemål om närståendenärvaro?

Låg täckningsgrad

Inom denna grupp fanns en stor kommun och två medelstora kommuner. I en kommun avled dock bara 10 personer kvartal 4. Sex kommuner hade mellan 38 - 106 avlidna, och en kommun hade 173 avlidna under kvartal 4 år 2010. Sjukhusens andel

av registreringar var låg (0 – 5 %) förutom i en kommun, som inte själv börjat registrera, där sjukhuset registrerat 15 % av kommunens invånare som avlidit. I alla kommunerna hade registrering i registret varit uppe flera gånger. Under år 2010 hade sex av kommuner inte börjat registrera i Svenska Palliativregistret. I några kommuner fanns privata aktörer som registrerade utan att det var ett krav i avtalen.

Hinder

De intervjuade kommunerna tog upp rädslan för att belasta en redan ansträngd personal med ytterligare arbetsuppgifter, vikten av att först fullfölja eller avsluta påbörjade projekt, införande av andra system t.ex. nytt dokumentationsprogram och pågående omorganisationer. Någon kommun inväntade ett länsövergripande införande av palliativregistret och andra hänvisade till att det inte var meningsfullt att delta i registret då landstinget inte deltog.

I några kommuner framkom det att det var enskild engagerad vårdpersonal som drivit att man skulle starta.

Ingen kommun hade tagit ut sin statistik eller reflekterat över sina resultat. En kommun hade genom sitt sporadiska arbete med registret upptäckt att man hade dåliga rutiner för vården i livets slutskede.

Reflektioner

Flera MAS:ar lyfte fram det positiva i att registret hörde av sig för att erbjuda sin hjälp (kommuner med hög täckningsgrad) samtidigt som andra upplevde att det förekom alldeles för mycket information om registret från olika aktörer, information man aktivt valde bort.

Pengarna har varit en stor drivkraft för att komma igång eller avstå (då det inte kändes meningsfullt om landstinget inte deltog) att registrera i registret. En del hade från början haft svårt att se nyttan med registret men väl igång, beskrev många att de sett olika fördelar med registret.

En annan skillnad som noterades var att kommuner med hög täckningsgrad beskrev förberedelserna inför starten som smärtfri och snabb. För de kommuner som höll på att starta (under 2011) framställdes den processen som mer omfattande och långdragen. Noteras bör också att det i mindre kommuner är färre personer inblandade i beslutsprocessen och färre enheter som aktivt ska delta i registreringsarbetet, vilket generellt torde underlätta arbetet med att uppnå en hög täckningsgrad.

"Viktigt att förstå vilken nytta man kan ha av registret, att man kartlägger sig själv och utmanar sig själv att hitta förbättringsfaktorer". (Citat Simrishamn)

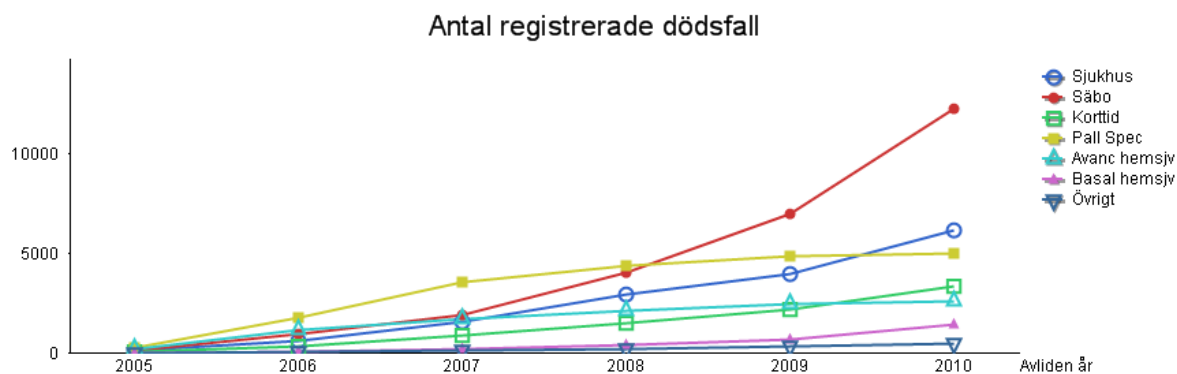
Täckningsgrad

Det verkliga målet med Svenska palliativregistret är att alla människor som dör en av sjukvårdspersonalen väntad död också skall erbjudas ett grundläggande vårdinnehåll oavsett vilken organisation eller huvudman som vårdar. Det finns inga exakta siffror på hur många eller vilka dessa personer är men redan för 10 år sedan slogs det fast i en statlig utredning att de utgör minst 80 % av alla som dör dvs mellan 70 och 75 000 per år. Nu under registrets uppbyggnadsfas redovisar vi täckningsgrad som andelen till registret inrapporterade dödsfall jämfört med samtliga inträffade dödsfall enligt befolkningsregistret.

Verksamhetstypsrelaterad utveckling

Rutinmässigt redovisar vi i utdataportalen på hemsidan utifrån i vilken kommun den rapporterade verksamheten är belägen samt vilken principiell typ av verksamhet som bedrivs. I diagrammet nedan redovisas volymtillväxten per verksamhetstyp.

Utveckling per dödsplats



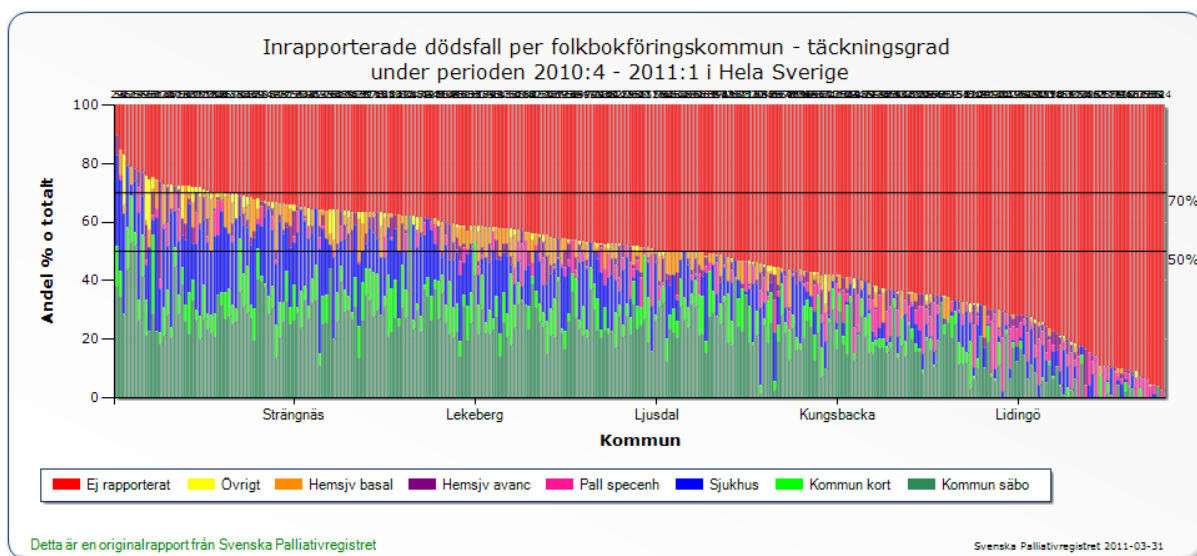
Kommentar: Totalantalet dödsfallsregistreringar under 2010 var 31 244. Jämfört med året innan innebär det en ökning på 46 %. Registreringarna från kommunala särskilda boenden, korttidsvård, sjukhus och basal hemsjukvård har fortsatt att öka kraftigt medan registreringarna från palliativa specialenheter och avancerad hemsjukvård ökat mindre, tydande på mättnad. Antalet registreringar från övrigt (n=510) är fortfarande totalt sett få till antalet. Därför kommer resultaten från denna verksamhetstyp inte att redovisas ytterligare i denna årsrapport. För de enheter ur dessa kategorier som är intresserade av sina resultat hänvisas till registrets hemsida www.palliativ.se där resultaten kan fås fram.

Täckningsgrad per dödsplats

Enligt socialstyrelsens slutenvårdsregister för 2009 avled cirka 38 % av befolkningen på sjukhus. Andelen som dör på sjukhus har visserligen sakta sjunkit de senaste åren men om vi antar att andelen är relativt oförändrad 2010 och vi vet att utav de inrapporterade dödsfallen till registret så inträffade 10 % (av alla inträffade dödsfall) på sjukhus så kan vi konstatera att täckningsgraden för sjukhusdöd i registret åtminstone har nått 25 %.

Andelen dödsfall i kommunala vårdformer finns det inte samma nationella statistik för men den brukar anges till mellan 40 och 50 %. Som framgår av nedanstående graf över samtliga kommuners dödsfall för perioden fjärde kvartalet 2010 till första kvartalet 2011 rapporteras omkring 40 % dödsfall från de kommunala vårdformerna.

Totalt sett rapporteras 22 % dödsfall från till registret från kommunala boendeformer – alltså kan vi konstatera att täckningsgraden åtminstone har nått 50 %.



Ifrån hospice och palliativ slutenvård rapporteras 5 % av samtliga dödsfall i Sverige. Den siffran har varit stabil de senaste åren varför det finns skäl att tro att täckningsgraden här närmar sig 100 %.

Utveckling per folkbokföringskommun

Nedanstående tabell och diagram visar täckningsgraden utifrån folkbokföringskommun. Siffrorna kommer från skatteverket respektive palliativregistret och är uppdaterade fram till 31 mars 2011.

Tabell landstingsvis/regiondelsvis

Landsting/Regiondel	2008	2009	2010	20110331
Blekinge	6	24	34	43
Dalarna	43	54	61	59
Gotland	14	13	31	63
Gävleborg	20	28	47	59
Halland	9	16	24	32
Jämtland	29	39	50	60
Jönköping	9	13	37	62
Kalmar	30	39	60	62
Kronoberg	21	36	46	57
Norrbottn	11	12	35	61
Skåne Malmö stad och Sydväst	13	19	20	25
Skåne Mellersta	3	7	8	12
Skåne Nordväst	8	12	23	32
Skåne Nordöst	19	31	36	38
Skåne Sydost	12	12	12	8
SLL Norra länet	17	32	34	34
SLL Stockholm och Ekerö	12	16	22	21
SLL Södra länet	18	27	36	38
SLL Tiohundra Norrtälje	15	33	35	32
Sörmland	34	48	57	51
Uppsala	19	30	37	43
VG Fyrbodal	7	9	17	28
VG Göteborgsregionen	18	21	28	31
VG Sjuhärad	6	12	28	33
VG Skaraborg	24	28	42	48
Värmland	18	21	40	54
Västerbotten	12	16	43	52
Västernorrland	7	8	22	56
Västmanland	6	13	32	42
Örebro	18	23	36	43
Östergötland	35	46	52	54
TOTALT SVERIGE	17	24	35	42

Kommentar: För perioden 2008 – 2010 ses en tydlig ökning i samtliga landsting/regiondelar om än blygsam i Skåne sydost. Första kvartalet 2011 fortsätter ökningen i synnerhet på Gotland och i Norrbotten, VG Fyrbodal, Värmland och Västernorrland. I storstadsregionerna i övrigt är ökningen fortfarande långsam trots bl a beslut om medverkan i registret i Region Skåne.

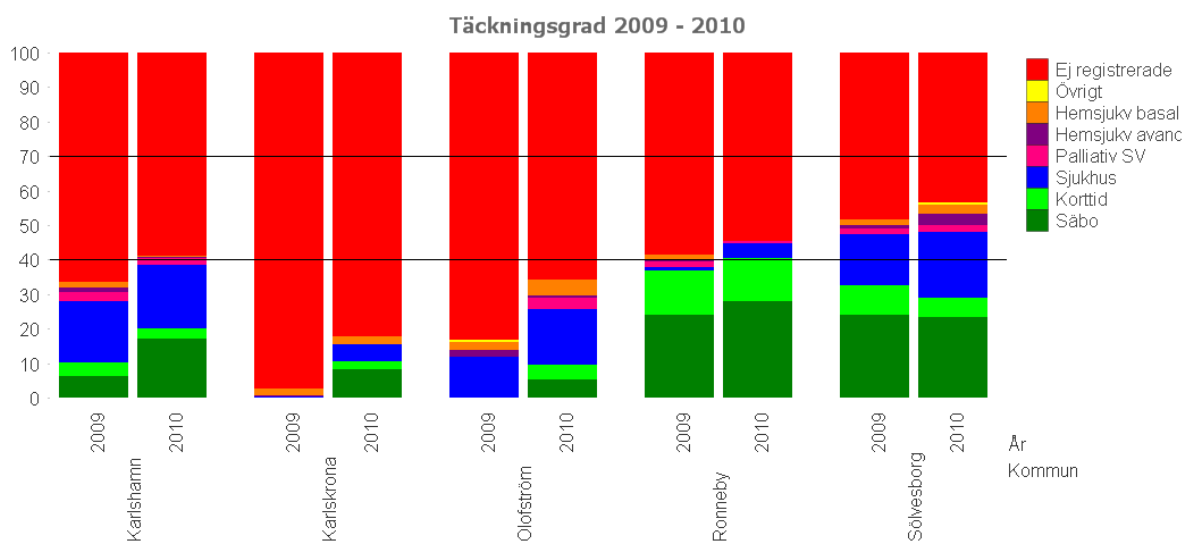
Tabell kommunvis

Hela stapeln i diagrammen visar samtliga inträffade dödsfall. Alla färger utom den röda visar i vilken vårdform de som rapporterats avlidit. De båda horisontella linjerna visar de 2 nivåer som skulle uppnås för att erhålla s k prestationsbaserade statsbidrag 2010. Mätperioden för 2010 omfattade endast fjärde kvartalet varför en del verksamheter ligger under linjen i grafen trots att de uppfyllde det målet för statsbidrag. Den lägre målnivån för 2011 är höjd till 50 % och avser hela årets registreringar.

De tre storstadsregionerna är uppdelade i mindre enheter enligt deras eget önskemål i samråd med SKL.

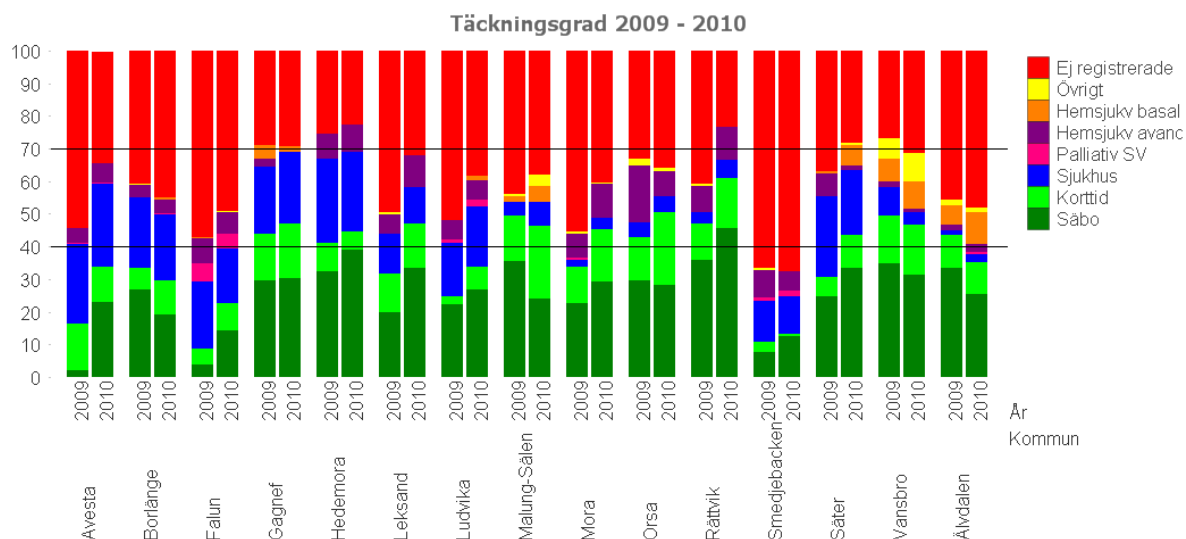
Observera att dessa täckningsgradssiffror uppdateras varje vecka på hemsidan www.palliativ.se.

Blekinge län



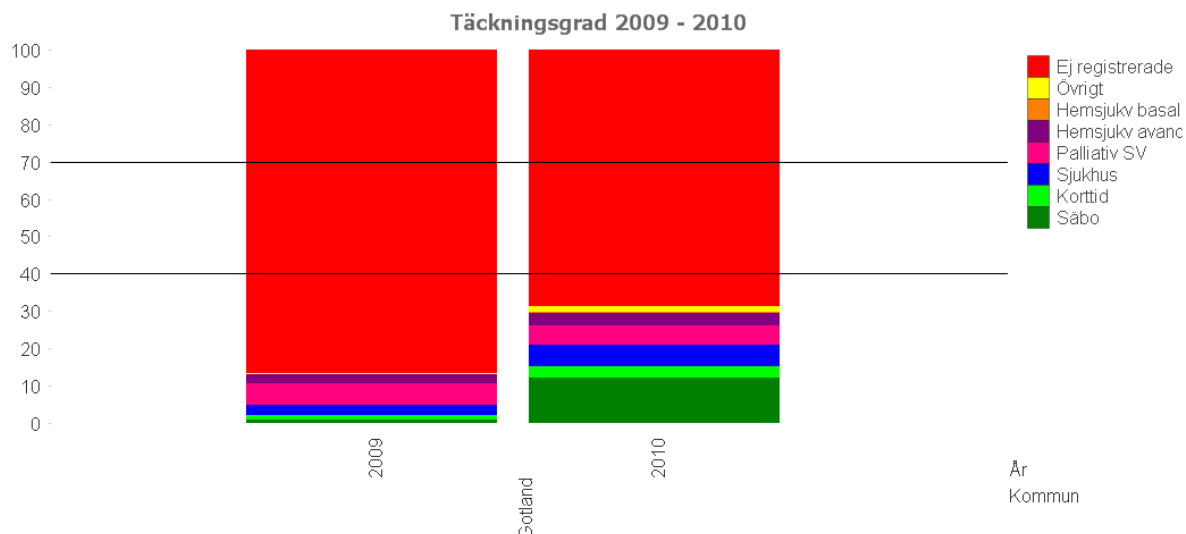
Kommentar: Samtliga kommuner har ökat något men residensstaden Karlskrona når inte upp till 20% täckningsgrad. Den kommunala registeraktiviteten är mycket låg i såväl Karlskrona som Olofström. Att länets största sjukhus ligger i Karlskrona märks inte.

Dalarnas län



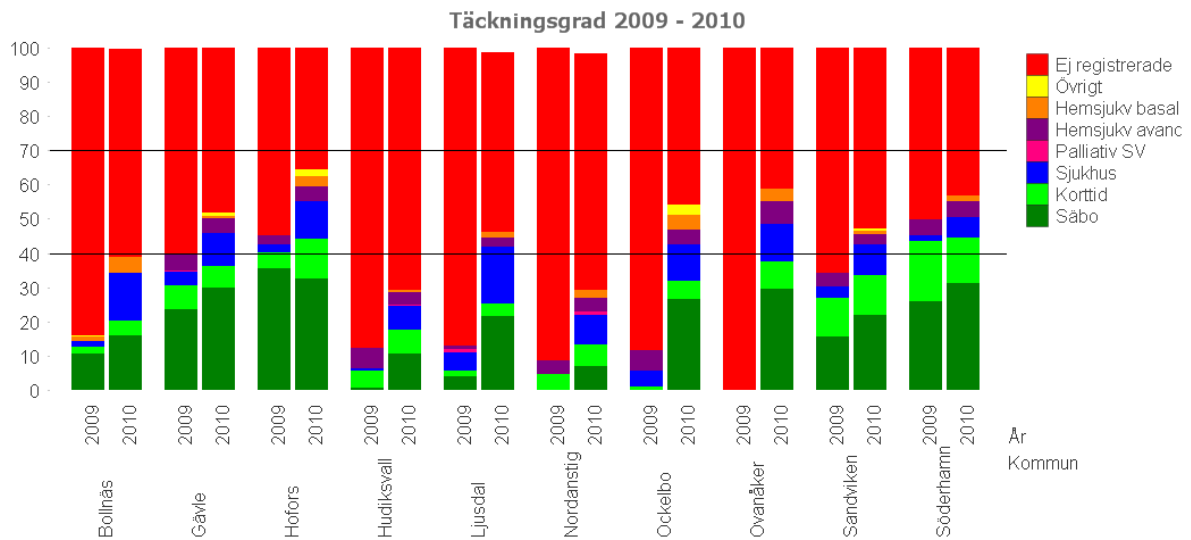
Kommentar: Generellt hög täckningsgrad med 5 kommuner som når över 70%-gränsen. Undantaget är Smedjebacken som är den enda kommunen som inte når 40%-gränsen och dessutom inte visar någon tendens till ökning. Den kommunala registeraktiviteten i Falun och Smedjebacken är fortfarande påfallande låg.

Gotlands län



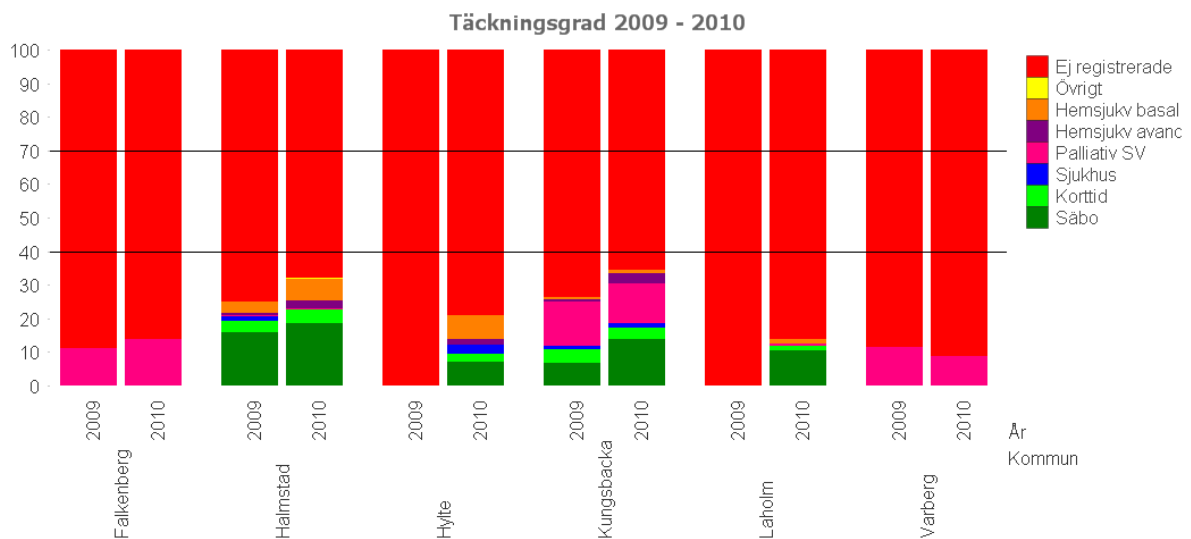
Kommentar: klar ökning jämfört med 2009 men fortfarande totalt sett en låg täckningsgrad med stora förbättringsmöjligheter.

Gävleborgs län



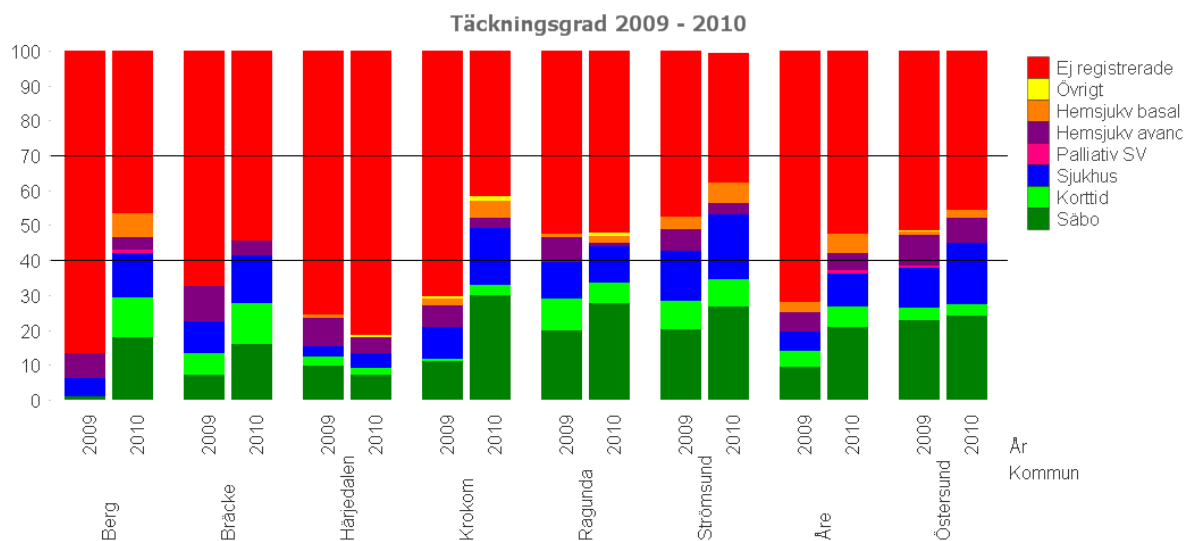
Kommentar: Hudiksvall och Nordanstig är de enda kommunerna som inte når upp till 40%-sträcket. Ovanåker uppvisar en imponerande förbättring från 0% till ca 60% och även Ockelbo har ökat nästan lika mycket. Registeraktiviteten är fortfarande låg på sjukhusen i Gävle och Hudiksvall.

Hallands län



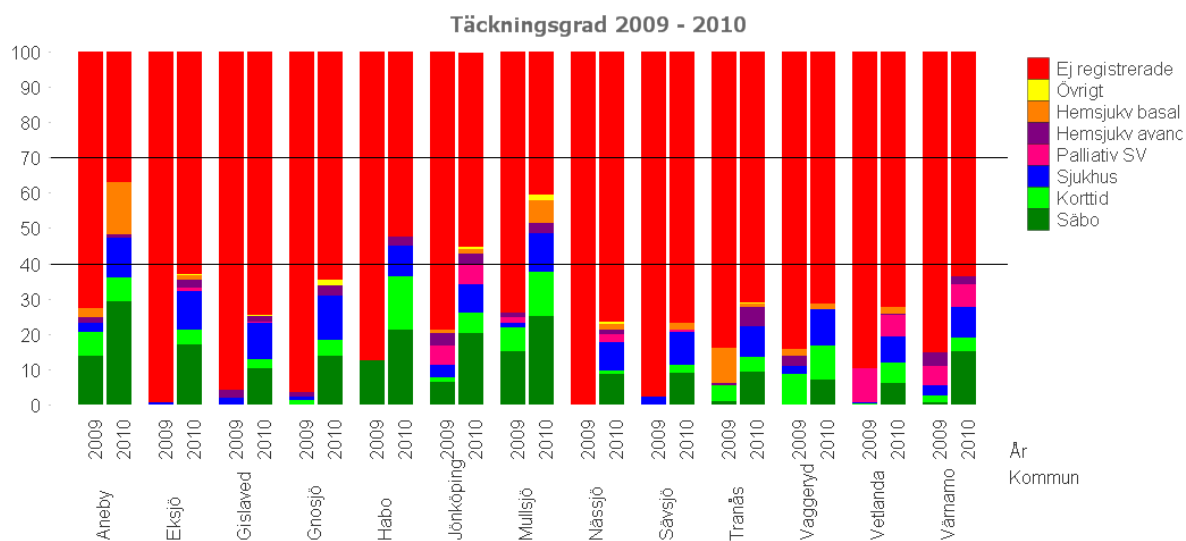
Kommentar: Som län betraktat ovanligt många kommuner med låg eller helt obefintlig registeraktivitet. Sjukhusen lyser också med sin frånvaro. Troligen saknas övergripande policybeslut på landstingsnivå och inom många kommuner.

Jämtlands län



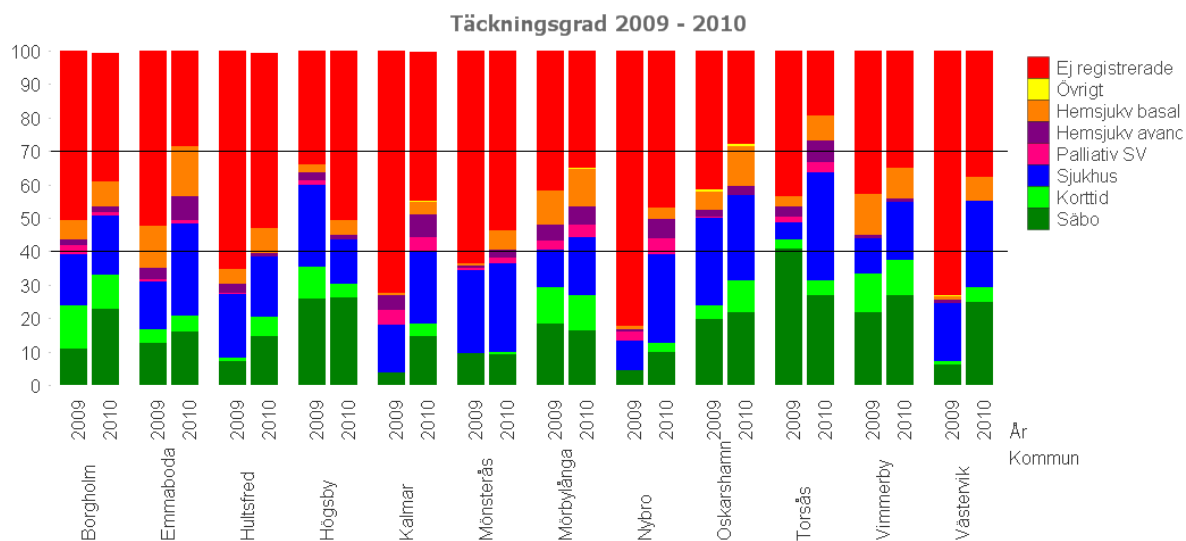
Kommentar: Samtliga kommuner når över 40%-gränsen med undantag för Härjedalen som till och med minskar något.

Jönköpings län



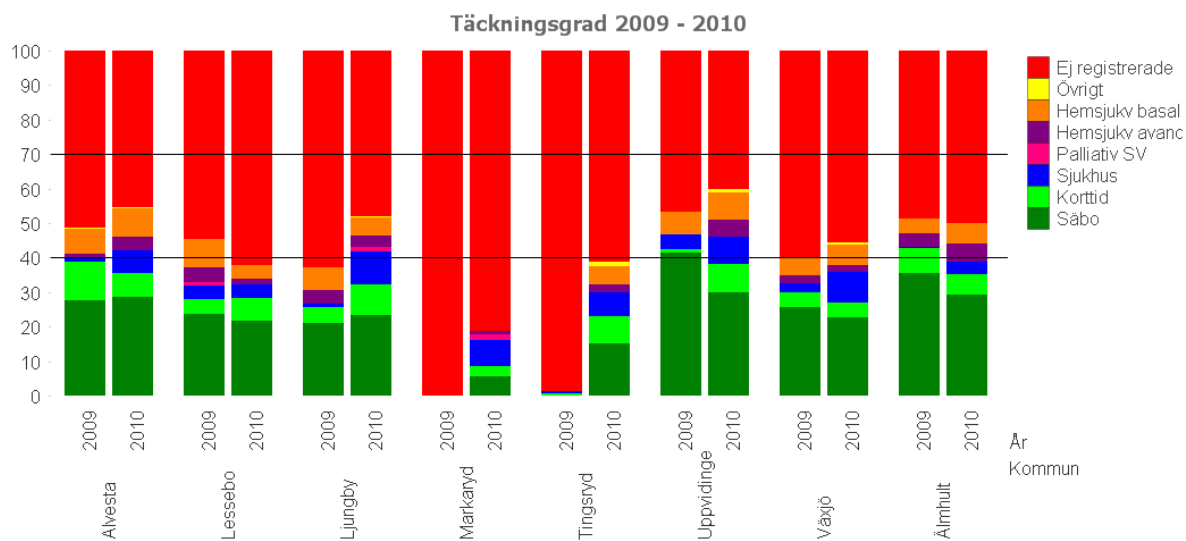
Kommentar: Aneby, Mullsjö, Habo och Jönköping når över 40%-gränsen medan flera andra kommuner har en bra bit kvar. Registeraktiviteten på sjukhuset i Jönköping verkar fortfarande låg. Positivt med rejäla ökningarna i samtliga kommuner.

Kalmar län



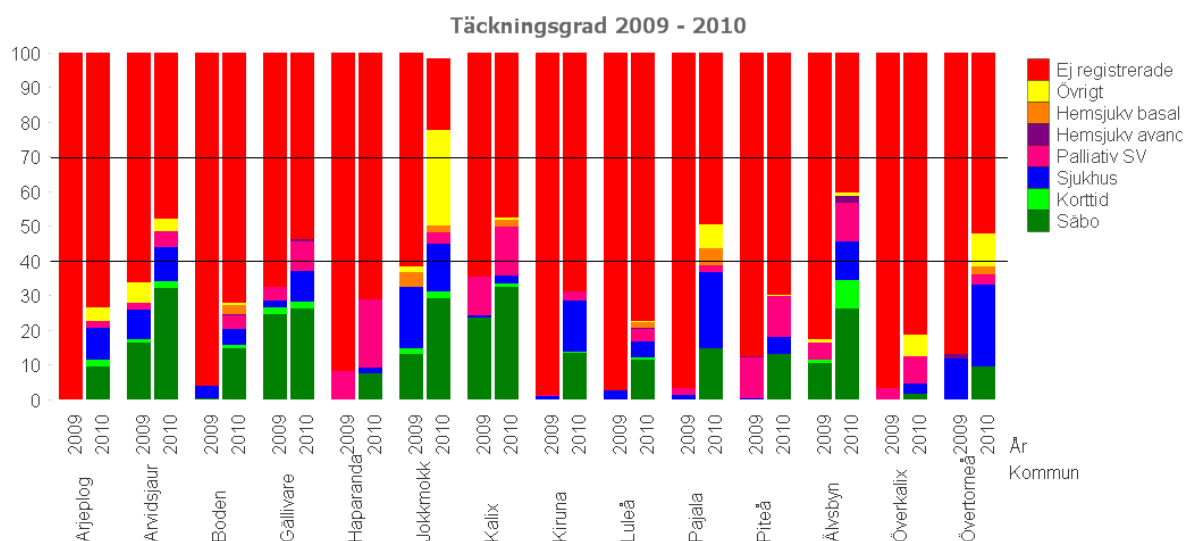
Kommentar: Alla kommuner når över 40%-gränsen och Torsås, Oskarshamn och Emmaboda till och med över 70%-gränsen. Registeraktiviteten på länets sjukhus verkar hög.

Kronobergs län



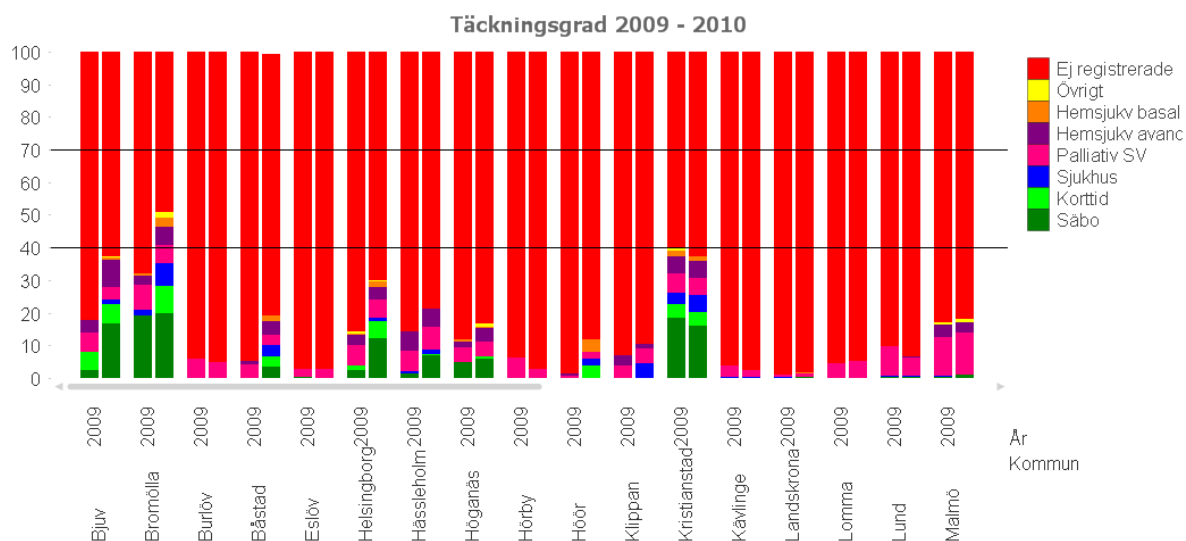
Kommentar: Alla kommuner utom Markaryd når upp till 40%-gränsen. Generellt hög registeraktivitet inom kommunala boendeformer men stort utrymme för förbättringar inom länets sjukhus.

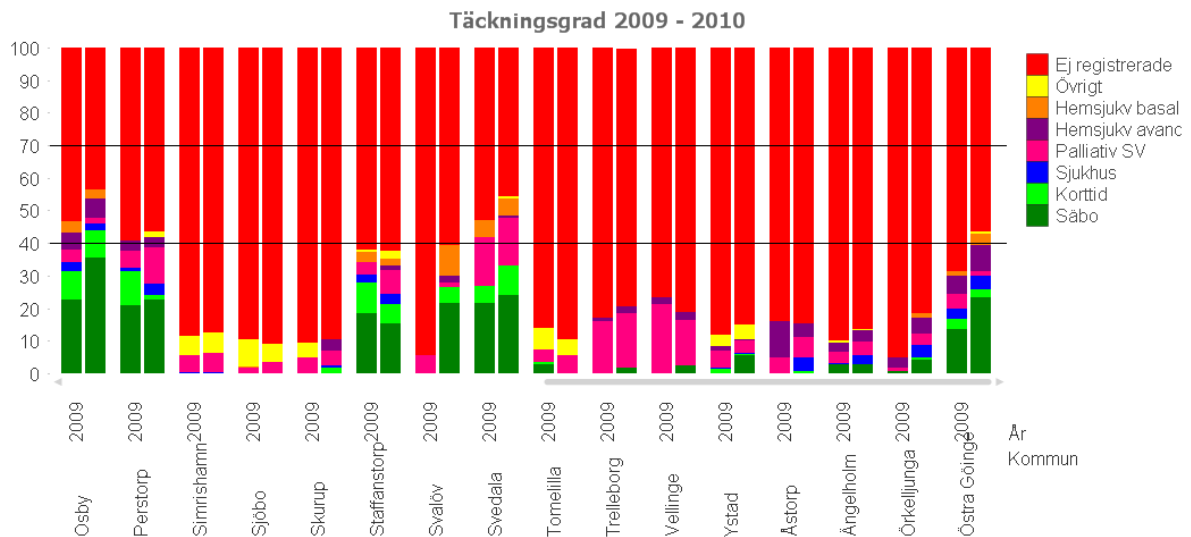
Norrbottens län



Kommentar: Påtagliga öknningar i alla kommuner men fortfarande obetydlig registeraktivitet i de kommunala boendeformerna i Övertorneå och Haparanda. Jokkmokks kommun når som ensam kommun över 70%-gränsen. Registeraktiviteten på länets största sjukhus i Luleå-Boden är fortfarande mycket låg.

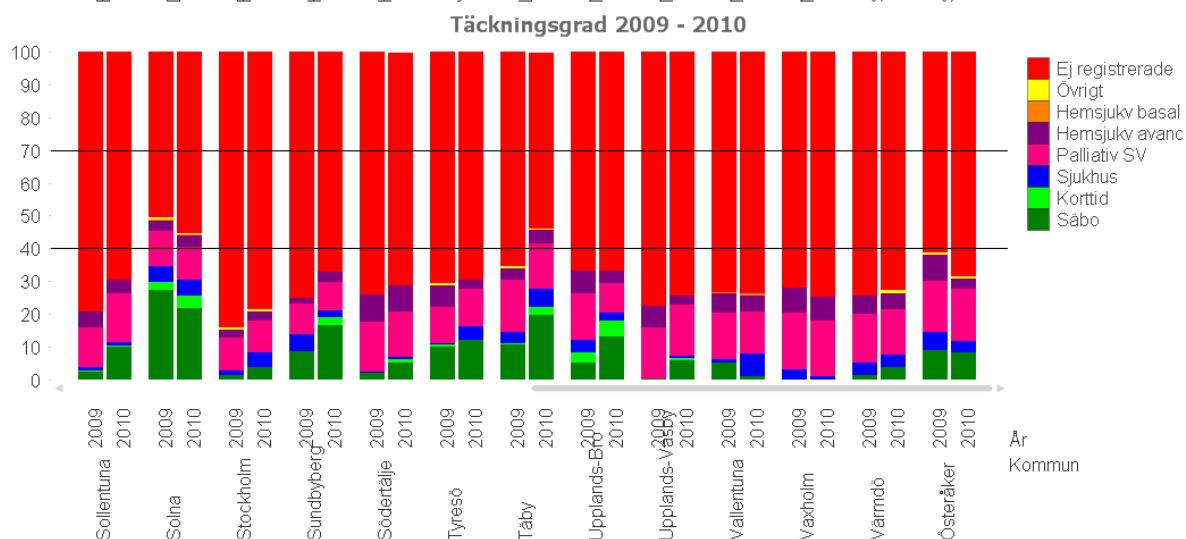
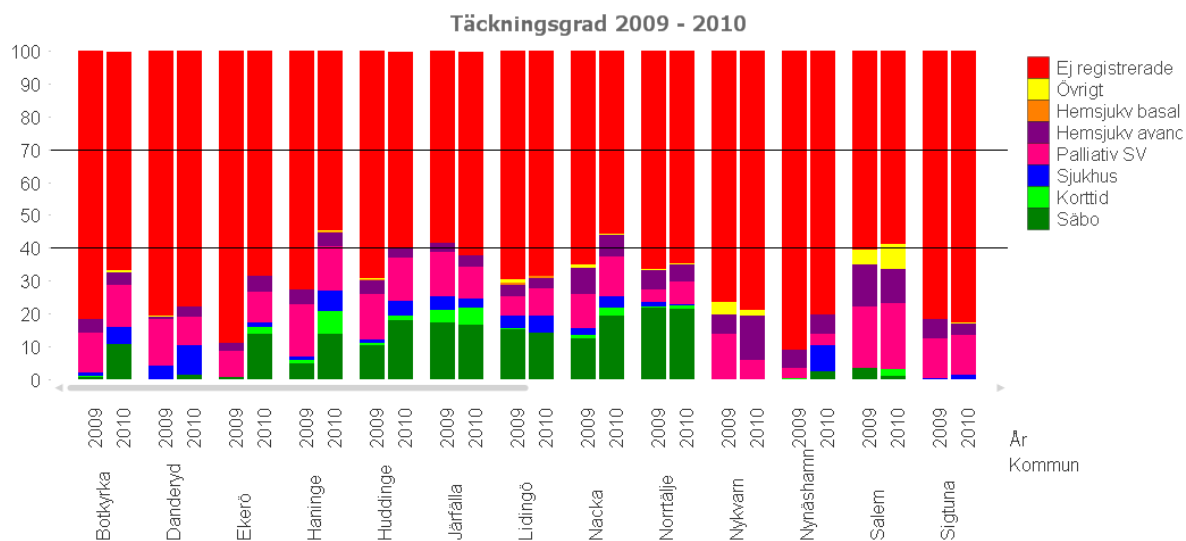
Skåne län





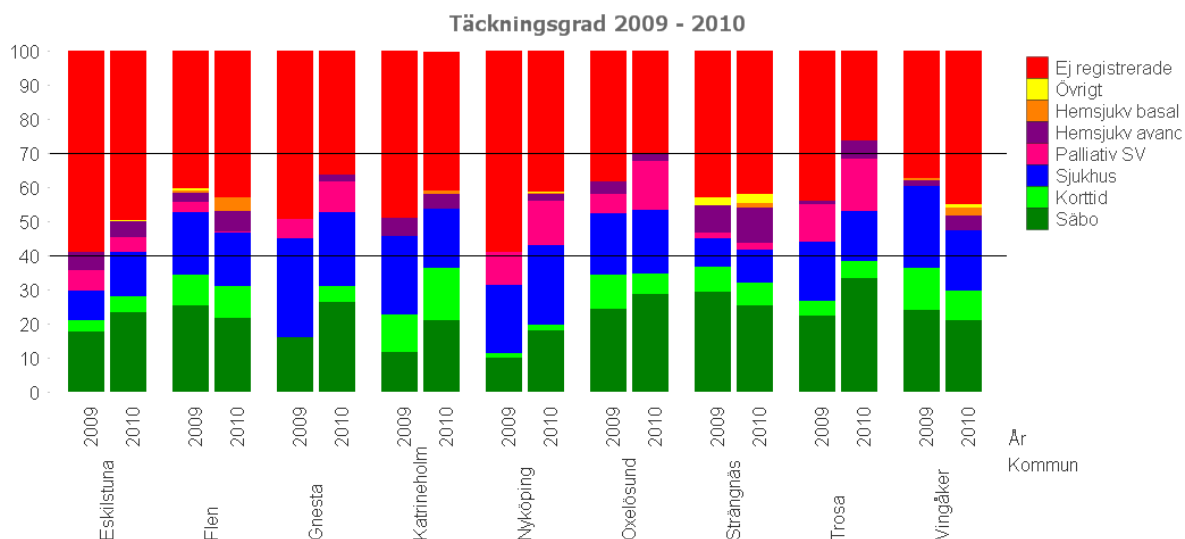
Kommentar: Mycket stor spridning mellan kommunernas registeraktivitet. Bromölla, Osby, Perstorp, Svedala och Östra Göinge når alla över 40%-gränsen. Däremot saknas helt registeraktivitet i de kommunala boendeformerna i Burlöv, Eslöv, Hörby, Klippan, Kävlinge, Landskrona, Lomma, Lund, Malmö, Simrishamn, Sjöbo, Tomelilla och Åstorp. Dessutom lyser Skånes sjukhusavdelningar helt med sin frånvaro med något litet undantag. Med tanke på universitetssjukhusen i Malmö och Lunds stora utbildningsansvar för kommande generationers läkare och sjuksköterskor, får vi hoppas att kvaliteten på det palliativa vårdinnehållet belyses och säkras på andra sätt.

Stockholms län



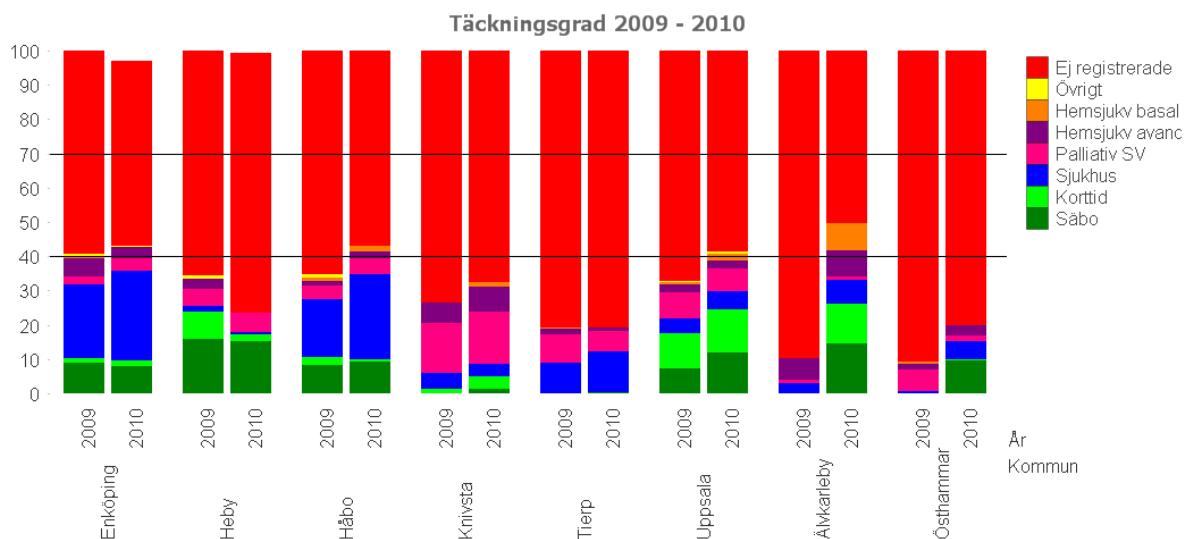
Kommentar: Länsövergripande registeraktivitet av såväl palliativ slutenvård som avancerad hemsjukvård. Haninge, Nacka, Solna och Täby når över 40%-gränsen. Länets universitetssjukhus (Karolinska, Huddinge) samt andra stora sjukhus (Danderyd, Södersjukhuset, S:t Görans och Södertälje sjukhus) har ingen eller mycket låg registeraktivitet. Med tanke på dessa sjukhus stora utbildningsansvar för kommande generationers läkare och sjuksköterskor får vi hoppas att det palliativa vårdinnehållets kvalitet belyses och säkras på andra sätt.

Södermanlands län



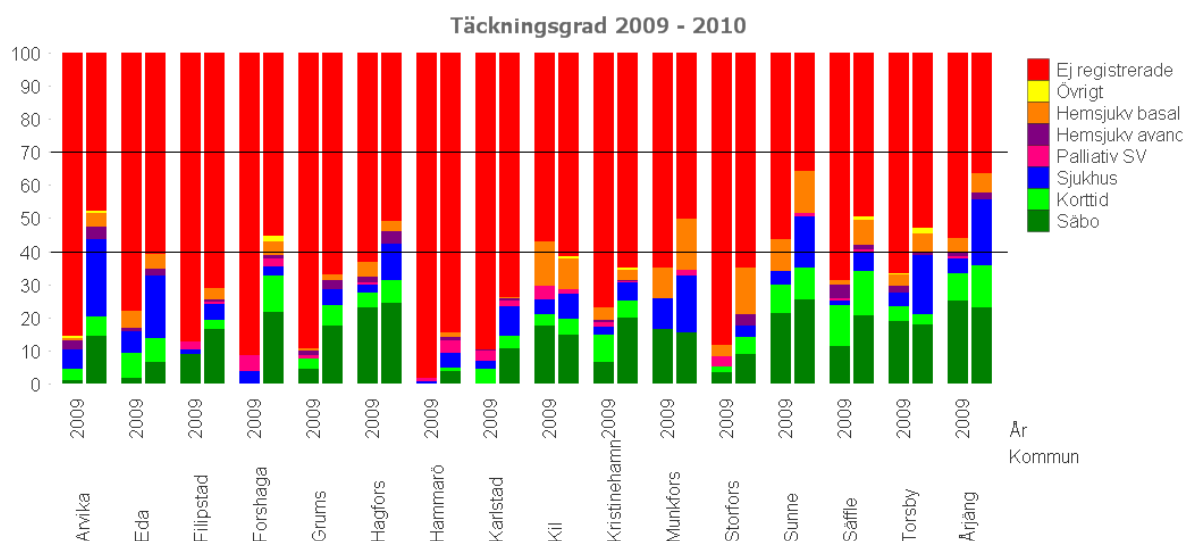
Kommentar: Hög och jämn aktivitet i länets samtliga kommuner där alla når över 40%-gränsen och Oxelösund når upp till och Trosa över 70%-gränsen. Samtliga sjukhus i länet verkar också ha en påtaglig registeraktivitet.

Uppsala län



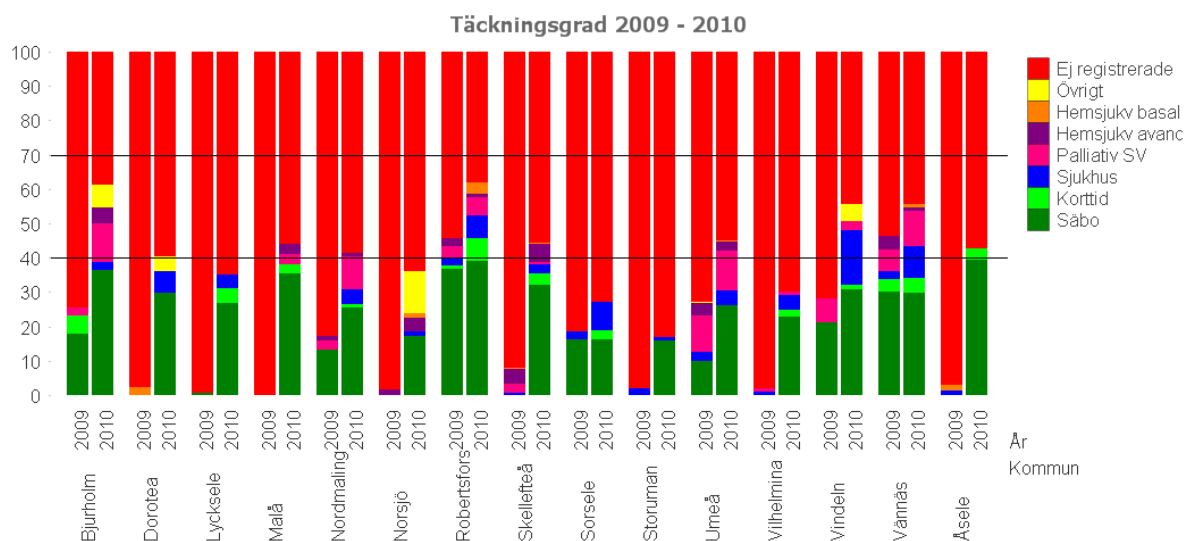
Kommentar: : Hälften av länets kommuner (Enköping, Håbo, Uppsala och Älvkarleby) når upp över 40%-gränsen. Jämfört med andra län är registeraktiviteten över lag låg i kommunala boendeformer med undantag för Uppsala och Älvkarleby. I Tierps kommun är den till och med obefintlig. Sjukhuset i Enköping uppvisar hög registeraktivitet till skillnad från Akademiska sjukhuset i Uppsala där aktiviteten är mycket låg. Med tanke på universitetssjukhusets stora ansvar för utbildningen av kommande generationers läkare och sjuksköterskor får vi hoppas att det palliativa vårdinnehållets kvalitet belyses och säkras på andra sätt.

Värmlands län



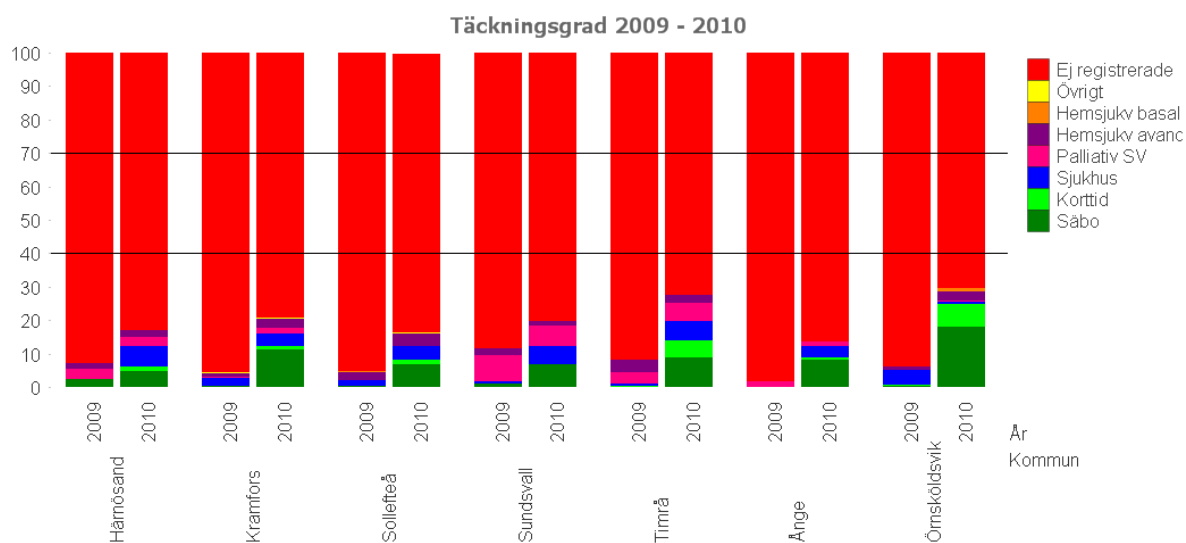
Kommentar: Påtagliga öknningar i samtliga kommuner där Arvika, Forshaga, Hagfors, Munkfors, Sunne, Säffle, Torsby och Årjäng alla når över 40%-gränsen och Sunne och Årjäng nästan dessutom når 70%-gränsen. Sjukhusen i Arvika och Torsby har hög registeraktivitet medan länet största sjukhus i Karlstad har stora möjligheter till att öka aktiviteten.

Västerbottens län



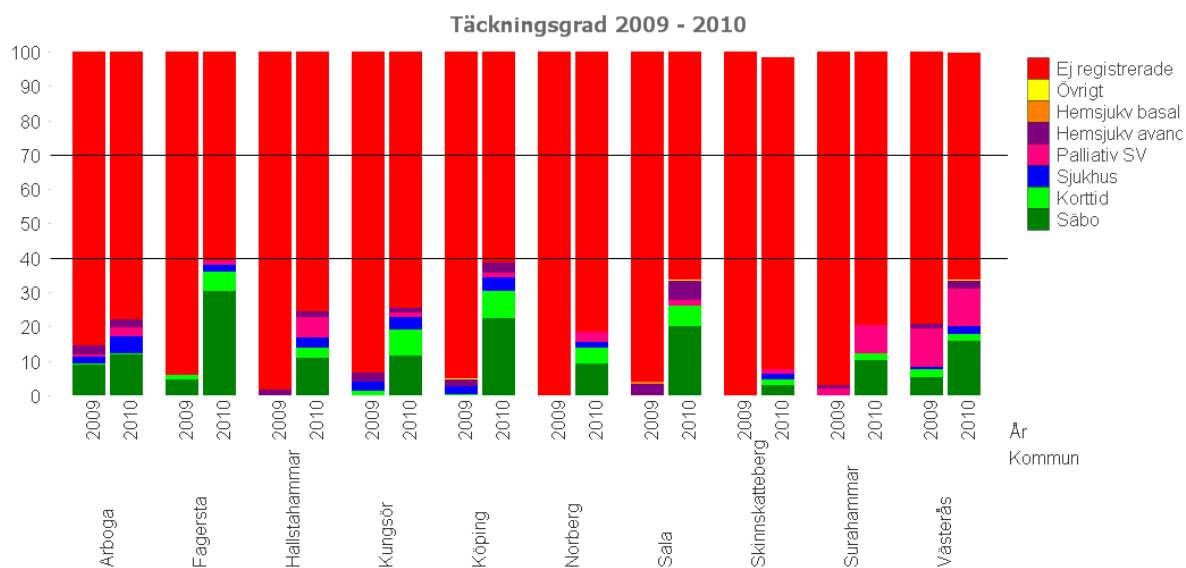
Kommentar: Påtagliga öknningar i alla kommuner där Bjurholm, Malå, Nordmaling, Robertsfors, Skellefteå, Umeå, Vindeln, Vännäs och Åsele alla når över 40%-gränsen främst tack vare mycket hög registeraktivitet i de kommunala boendeformerna. Länet sjukhus lyser dock huvudsakligen med sin frånvaro. Med tanke på Umeå universitetssjukhus stora utbildningsansvar för kommande generationers läkare och sjuksköterskor får vi hoppas att det palliativa vårdinnehållets kvalitet belyses och säkras på andra sätt.

Västernorrlands län



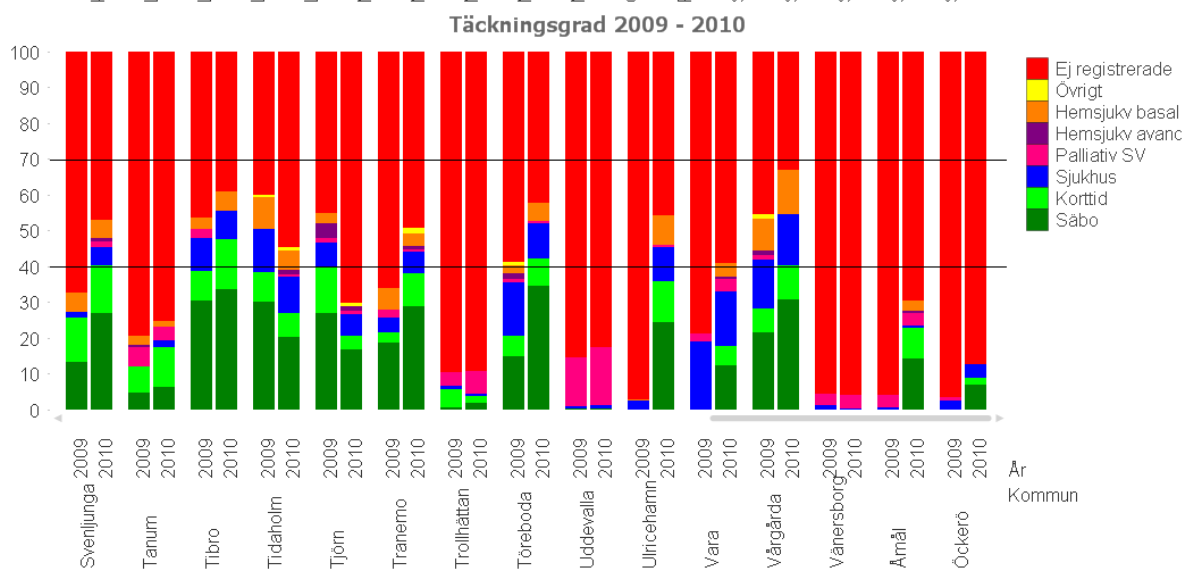
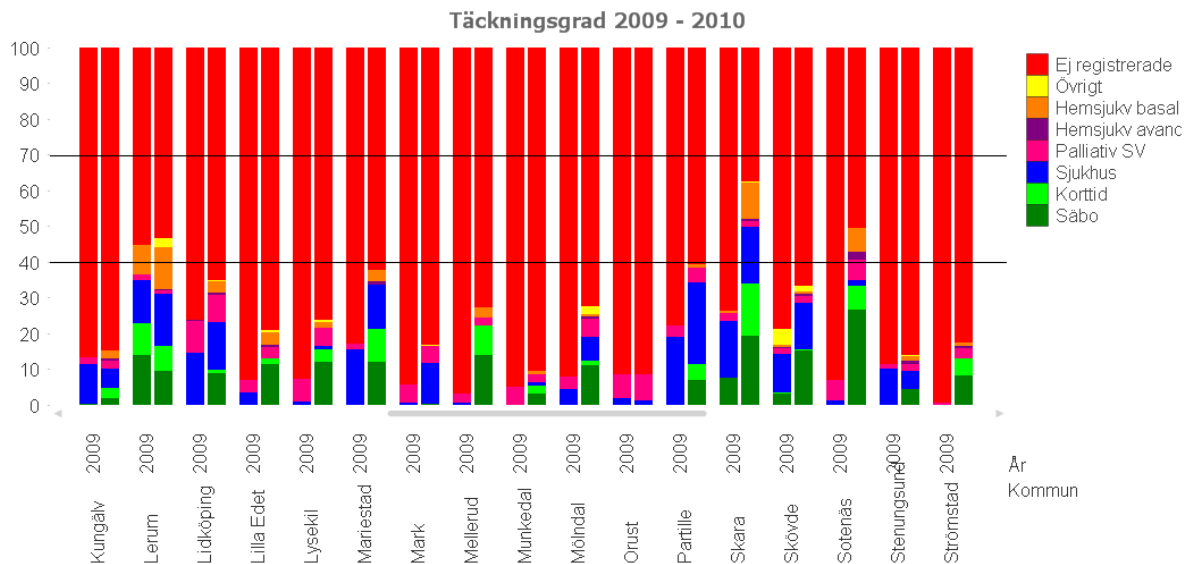
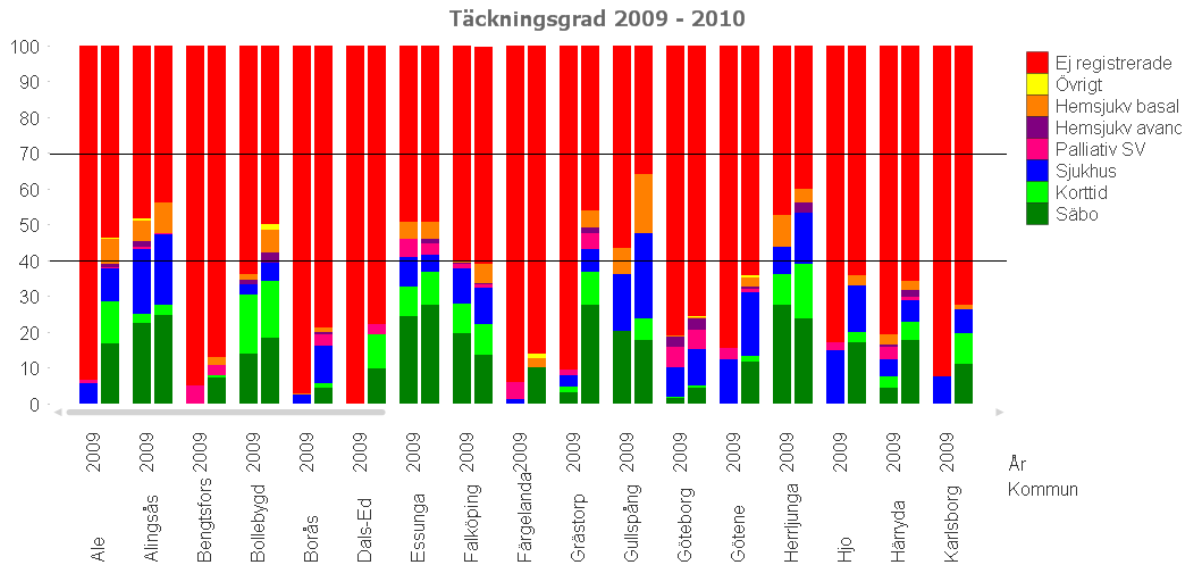
Kommentar: Generellt låg registeraktivitet på årsbasis med stora förbättringsmöjligheter. Glädjande dock att aktiviteten ökat och finns i alla kommuner. Aktiviteten på länets sjukhus (Sundsvall, Sollefteå och Örnsköldsvik) är fortfarande mycket låg.

Västmanlands län



Kommentar: Påtagliga ökningarna i så gott som alla kommuner men ingen når upp till 40%-gränsen. Troligen mycket beroende på att registeraktiviteten på länets största sjukhus i Västerås är i stort sett obefintlig.

Västra Götalands län

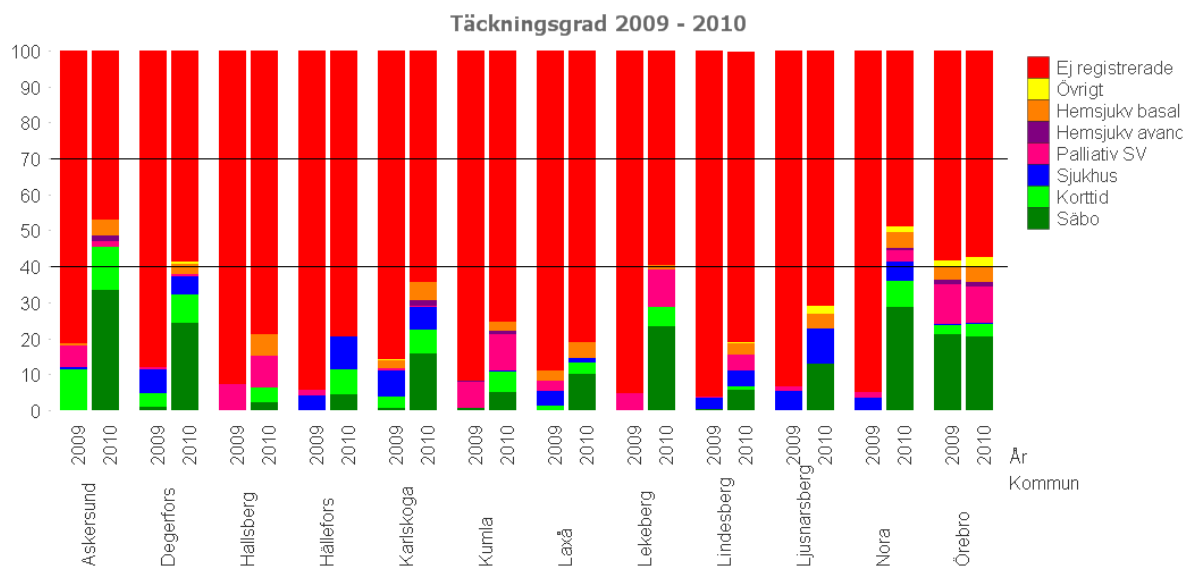


Kommentar: Påtagliga öknningar i registeraktivitet i många kommuner där Ale, Alingsås, Bollebygd, Essunga, Grästorp, Gullspång, Herrljunga, Lerum, Skara,



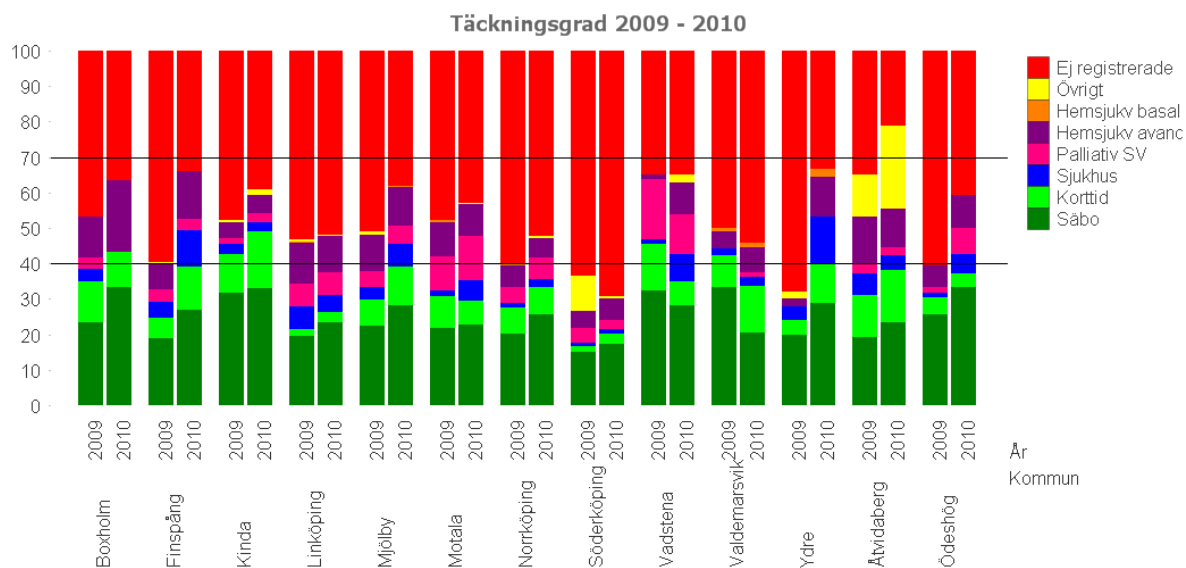
Sotenäs, Svenljunga, Tibro, Tidaholm, Tranemo, Töreboda, Ulricehamn, Vara och Vårgårda alla når över 40%-gränsen. Gullspång, Skara och Vårgårda når dessutom nästan upp till 70%-gränsen. Tyvärr saknas fortfarande helt registeraktivitet i kommunala boendeformer i Orust, Uddevalla och Vänersborg. Registeraktiviteten på sjukhusen är på de flesta håll påtaglig medan den helt lyser med sin frånvaro i Uddevalla och Trollhättan/Vänersborg. Även i Göteborg med sitt universitetssjukhus är aktiviteten låg. Med tanke på universitetssjukhusets stora utbildningsansvar för kommande generationers läkare och sjuksköterskor får vi hoppas att det palliativa vårdinnehållets kvalitet belyses och säkras på andra sätt.

Örebro län



Kommentar: Påtagliga ökningarna i de flesta kommuner förutom i Örebro. Askersund, Degerfors, Nora och Örebro når alla över 40%-gränsen. Länets största sjukhus universitetssjukhuset i Örebro utmärker sig genom att inte ha någon registeraktivitet alls. Med tanke på universitetssjukhusets stora utbildningsansvar för kommande generationers läkare och sjuksköterskor får vi hoppas att det palliativa vårdinnehållets kvalitet belyses och säkras på andra sätt.

Östergötlands län



Kommentar: Generellt hög aktivitet i hela länet där Åtvidaberg till och med når över 70%-gränsen. Bara Söderköping når inte 40%-gränsen. Noteras bör hög registeraktivitet från avancerade hemsjukvårdsteam över hela länet. Registeraktiviteten på länets sjukhus är låg inklusive de stora sjukhusen i Norrköping och Linköping. Med tanke på Linköpings universitetssjukhus stora utbildningsansvar för kommande generationers läkare och sjuksköterskor får vi hoppas att det palliativa vårdinnehållets kvalitet belyses och säkras på andra sätt.

Resultat Enhetsenkäten

För att kunna registrera skall varje enhet efter 365 dagar (eller tidigare vid förändringar på enheten) fylla i en enhetsenkät. Det webbaserade registreringsystemet kontrollerar att det finns en giltig enhetsenkät varje gång någon loggar in på enheten för att t.ex. registrera en avliden patient/vårdtagare. I praktiken kan det därmed gå lite mer än 12 månader mellan varje gång man fyller i en enhetsenkät om man inte har skäl att logga in så ofta.

Nedanstående sammanställning av några av frågorna ur enhetsenkäten bygger på de enhetsenkäter som hade sin första giltighetsdag under 2010.

Enhetsstyp	2008	2009	2010	2011 03 28
TOTALT	882	1559	3436	1317
Avancerad hemsjukvård (ASiH/SAH/PAH el. liknande)	44	79	83	35
Basal (allmän) hemsjukvård	110	211	491	164
Hospice/palliativ slutenvårdsenhet	37	53	63	21
Korttidsboende	84	137	302	100
Primärvårdsenhet	36	51	145	57
Sjukhusavdelning, klinik	87	141	294	203
Särskilt boende	484	887	2058	737

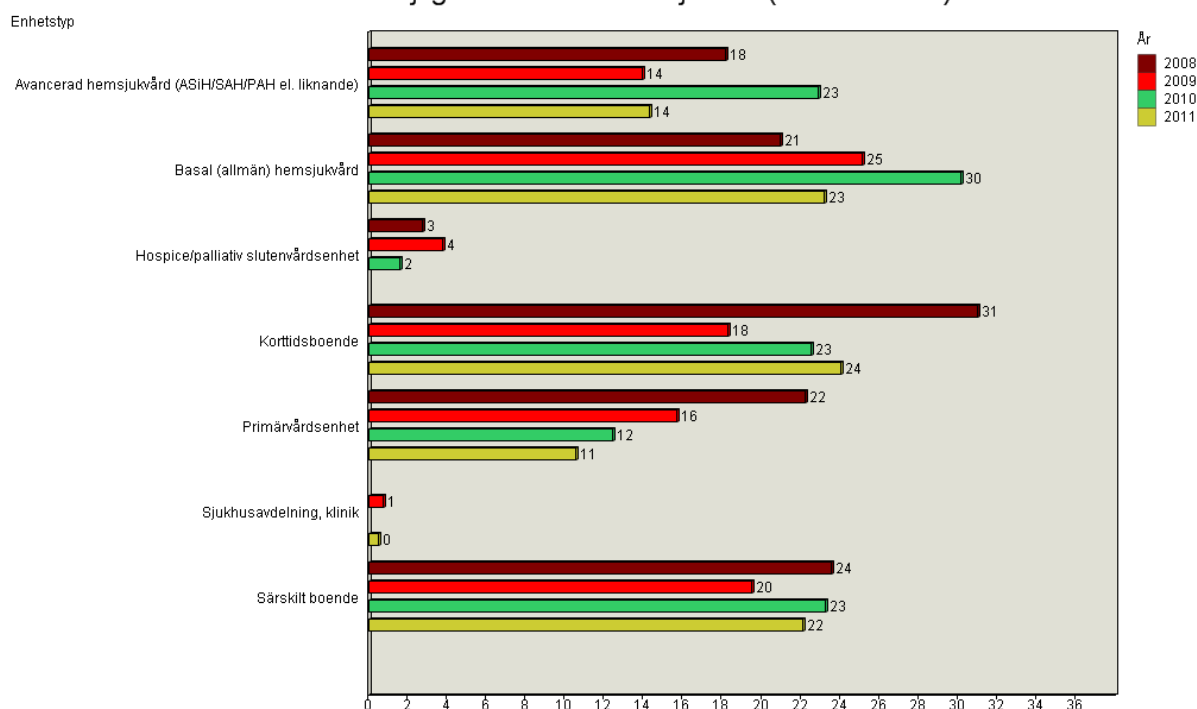
Kommentar: Antalet ifyllda enhetsenkäter ökar i takt med att antalet enheter ökar. De följande diagrammen kan alltså inte användas för att värdera utvecklingen hos enskilda enheter utan måste ses som en renodlad beskrivning av förhållandena hos de deltagande enheterna respektive år.

Tillgång till läkare jourtid

I enhetsenkäten efterfrågas olika personalgruppers tillgänglighet kontorstid respektive jourtid. Mycket av den palliativa vården kan och ska planeras. Ibland behövs en läkare direkt på plats för att kunna göra en korrekt bedömning när något oväntat inträffar. 2010 avled 3 928 människor bland de inrapporterade dödsfallen hos en vårdgivare som själv angett att de saknar möjlighet till läkarbesök jourtid. Efter att ha räknat bort de dödsfall där patienten avled i en helt annan verksamhetstyp än den man på den aktuella enhetsenkät angett att man själv bedriver återstår ändå 3 712 dödsfall vilket innebär knappt 12 % av samtliga inrapporterade dödsfall 2010 (8 % 2009).

Verksamhetstyp	Antal dödsfall
Hemsjv avanc	379
Hemsjv basal	364
Kommun kort	618
Kommun säbo	2240
Pall specenh	27
Sjukhus	51
Övrigt	33
Totalt	3712

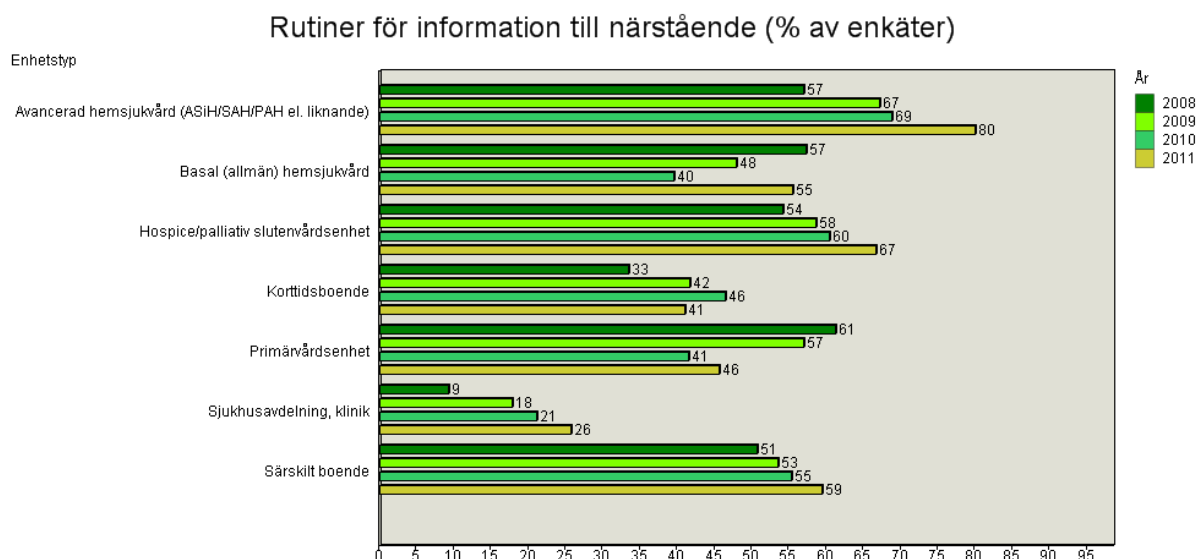
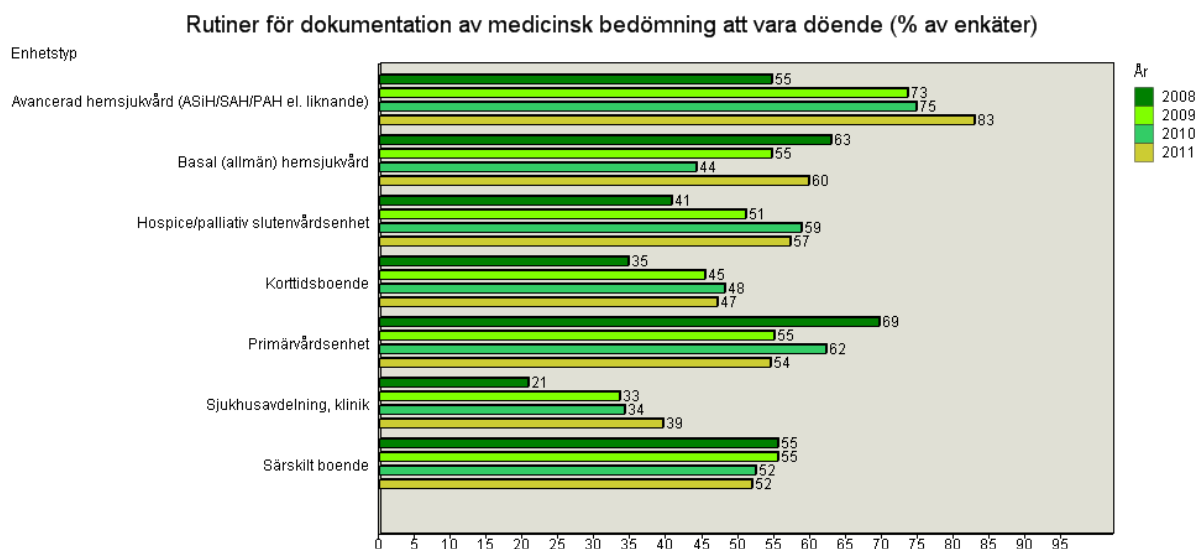
Saknar möjlighet till läkarbesök jourtid (% av enkäter)



Kommentar: Läkarmedverkan i vården vid livets slut är precis lika viktig som i alla andra skeden i livet och en förutsättning för att vårdtagaren/patienten ska kunna få den medicinska bedömning som behövs för att kunna minimera lidandet av t.ex. på jourtid uppkomna nya symtom. Drygt var femte kommunal boendeform saknar fortfarande saknar tillgång till läkare jourtid. Detta är anmärkningsvärt med tanke på hur många som lever sin sista tid i dessa vårdformer. Tyvärr ses inga tydliga tendenser under perioden 2008 – mars 2011 att någon markant förbättring pågår. Avancerad hemsjukvård i enlighet med Motala-modellen bygger bl.a. på tillgång till läkare jourtid och att 14 % av registrerade avancerade hemsjukvårdsverksamheter fortfarande saknar detta är ett mysterium.

Rutiner för information

Nedanstående diagram visar andelen enheter som har dessa skriftliga rutiner (%).



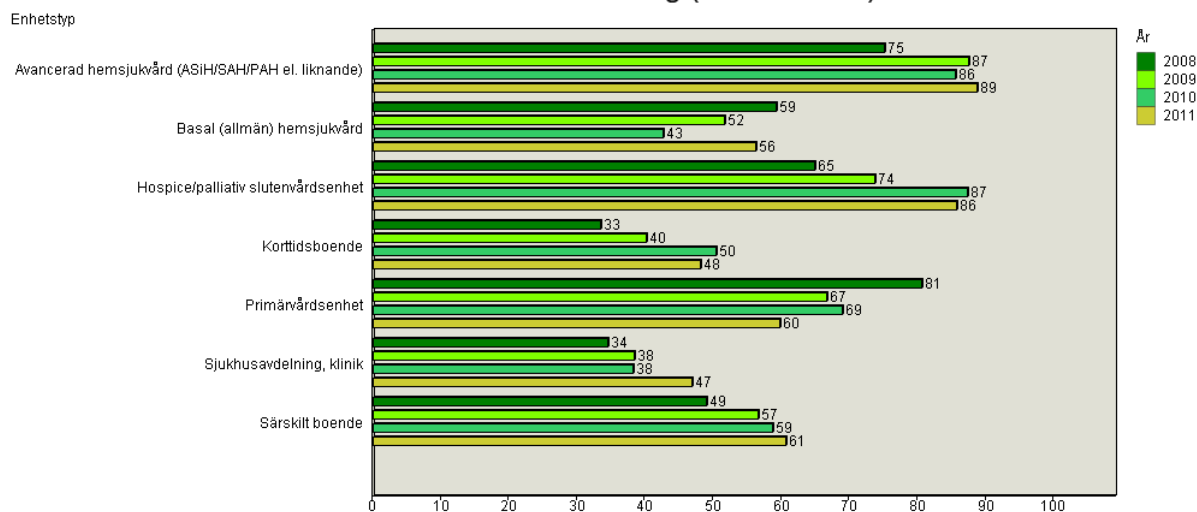
Kommentar: För vissa enhetstyper har fram till nu (28 mars 2011) andelen enheter med skriftliga rutiner avseende s.k. dokumenterad brytpunktsbedömning ökat. Andelen sjukhusavdelningar, avancerade hemsjukvårdsenheter och palliativa slutenvårdsenheter som i dagsläget har detta har ökat med mellan 15 och 25 % - enheter och kommunala korttidsboenden med cirka 10 % -enheter. Inom basal hemsjukvård och primärvårdsenheter kan man notera en minskad andel. Andelen säbo som har denna rutin förefaller stå stilla runt drygt 50 %.

Även för information till närstående har det skett en ökning av andelen enheter med skriftliga rutiner. Data för perioden 2008 – mars 2011 visar en förbättring med drygt 20 % -enheter inom avancerad hemsjukvård och 5-10 % -enheter inom de kommunala boendeformerna, palliativ slutenvård och sjukhus. Inom basal hemsjukvård kan man notera en minskning med cirka 5 % -enheter.

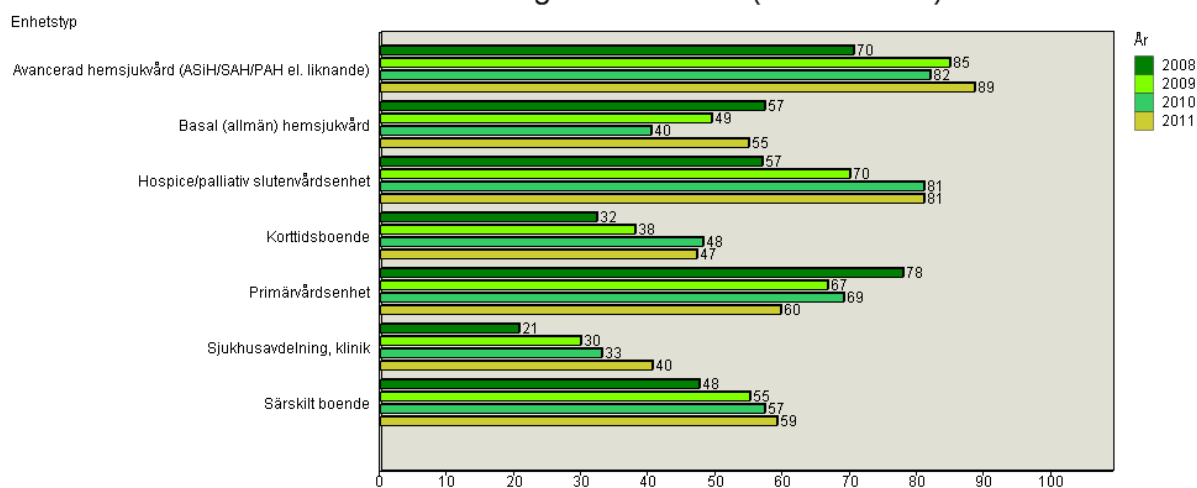
Rutiner för symtomskattning

Nedanstående diagram visar andelen enheter som har dessa skriftliga rutiner (%).

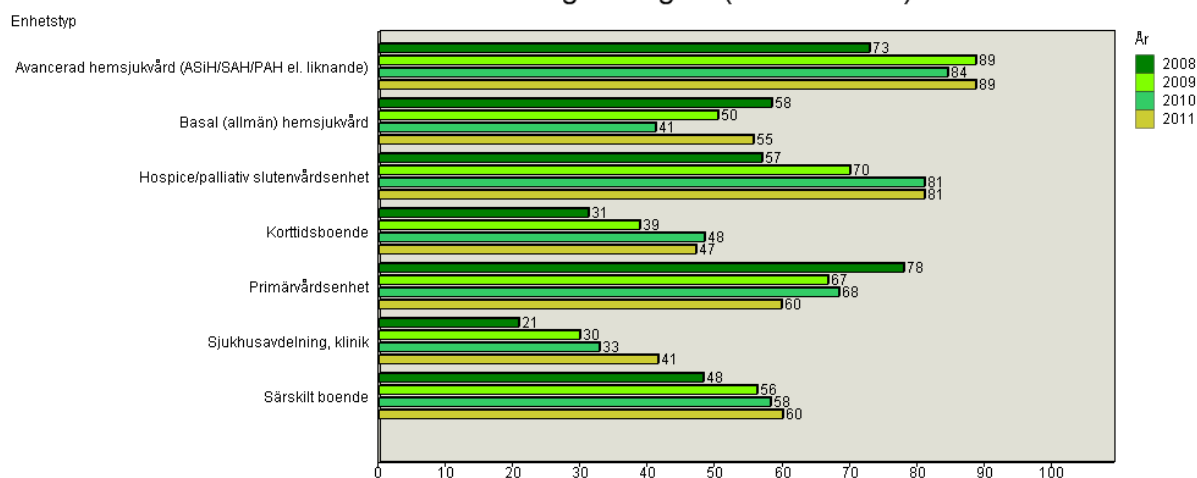
Rutiner för smärtskattning (% av enkäter)



Rutiner för skattning av illamående (% av enkäter)



Rutiner för skattning av ångest (% av enkäter)

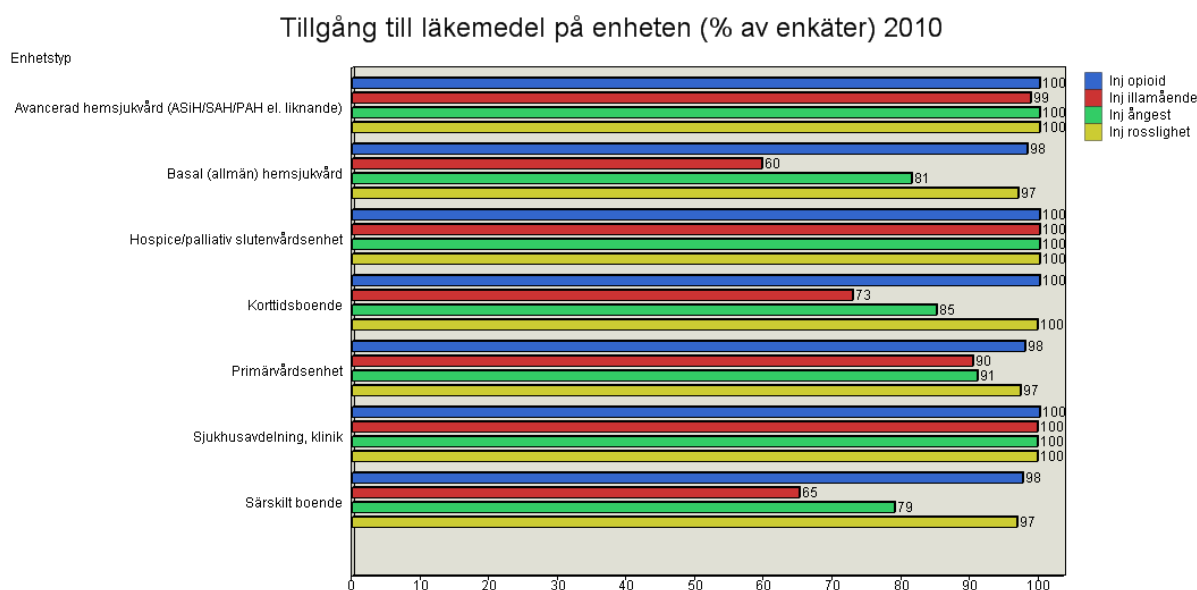
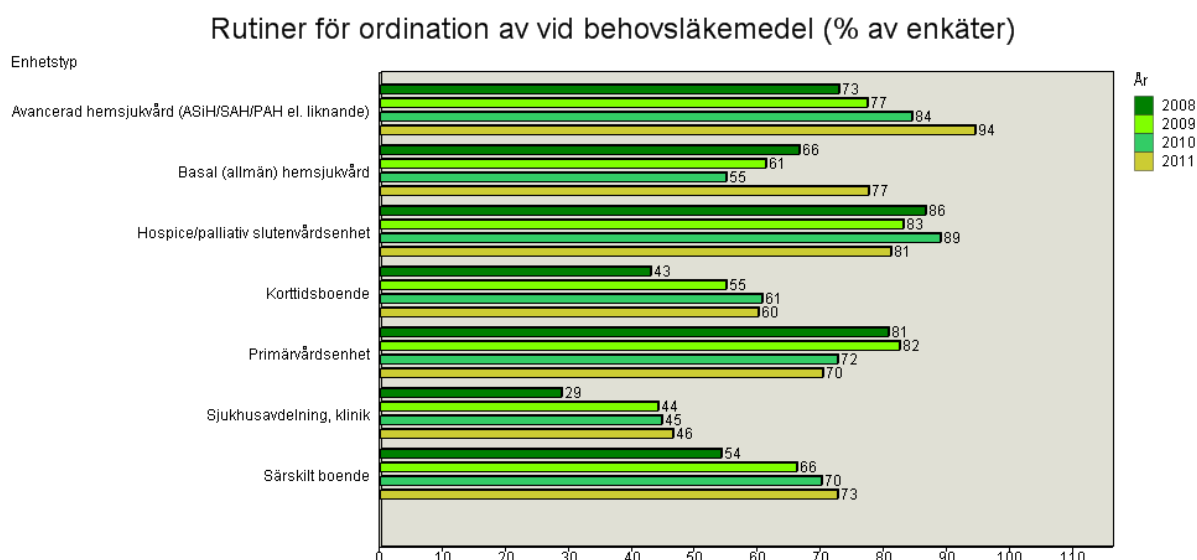


Kommentar: Andelen enheter med rutiner för symtomskattning för smärta, illamående och ångest ökar under perioden 2008 – mars 2011 och når som bäst 89

% bland de avancerade hemsjukvårdsteamerna. Undantaget mot denna utveckling är inom basal hemsjukvård och primärvård som ännu registrerar i ganska låg omfattning.

Rutiner för vid behovsläkemedel

Nedanstående diagram visar andelen enheter som har dessa skriftliga rutiner (%).

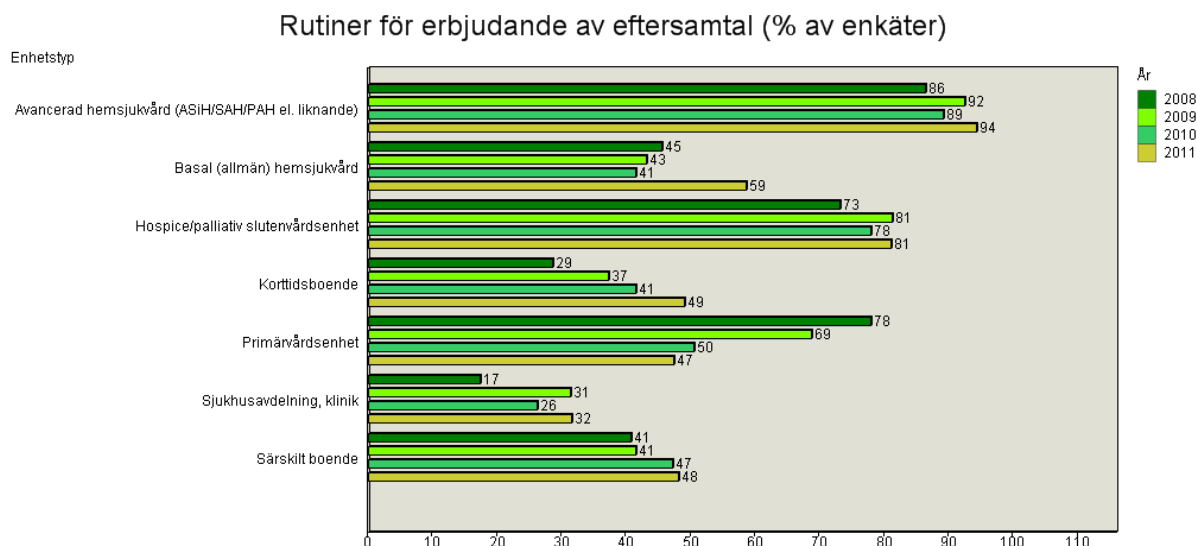


Kommentar: Rutiner för ordination av vid behovs läkemedel har under 2008 – mars 2011 ökat med upp till 20 %-enheter inom avancerad hemsjukvård, de kommunala boendeformerna och på sjukhus. Palliativ slutenvård rör sig runt 80 %. Andelen enheter för basal hemsjukvård har efter att ha haft en sjunkande tendens ökat kraftigt hittills under 2011.

Tillgängligheten 2010 av opioid är generellt god. Inom avancerad hemsjukvård, palliativ slutenvård och på sjukhus finns samtliga adekvata vid behovs läkemedel tillgängliga. Inom basal hemsjukvård och inom de kommunala boendeformerna bör tillgängligheten öka avseende vid behovs läkemedel mot illamående och ångest.

Rutiner för erbjudande av eftersamtal

Nedanstående diagram visar andelen enheter som har dessa skriftliga rutiner (%).



Kommentar: Att erbjuda närstående möjlighet till ett efterlevandesamtal inom en- två månader efter dödsfallet förefaller vara en självklarhet inom avancerad hemsjukvård och palliativ slutenvård. Övriga vårdformer förefaller att ha svårt att nå mer än till 50 %.

Resultat patientenkäten – väntade dödsfall

Initialt följer en beskrivning av olika karakteristika för de olika vårdtyper som registret valt att dela in de olika verksamheterna i.

Vi upprepar därefter de senaste årens sköpta jämförelser men med en viss förändring. Motsvarande rapporter finns eller kommer att finnas on-line på palliativregistrets utdataportal men är där ständigt uppdaterade. Följande rapporter avser endast avlidna och inrapporterade under 2010. De är indelade i 5 grupper utifrån vilken typ av vårdgivare som angetts som dödsplats. Då det ibland förekommer att ett särskilt boende redovisar en vårdtagare som skickats in och avlidit på sjukhus trots att det egentligen är sjukhusets ansvar finns det bl a enstaka särskilda boenden med i listan över rapporterade dödsfall från sjukhus.

För att underlätta tolkningen ska varje verksamhetsområde som redovisas ha rapporterat minst 25 dödsfall 2010 inklusive väntade, oväntade och plötsliga dödsfall. Alla verksamheter som uppfyller dessa kriterier finns med i alla rapporter även om plötsliga dödsfall inte redovisas alls, oväntade dödsfall endast i en del samt patienter med förlorad förmåga till självbestämmande veckor eller tidigare före dödsfallet i ytterligare några rapporter inte finns med beroende på frågans art.

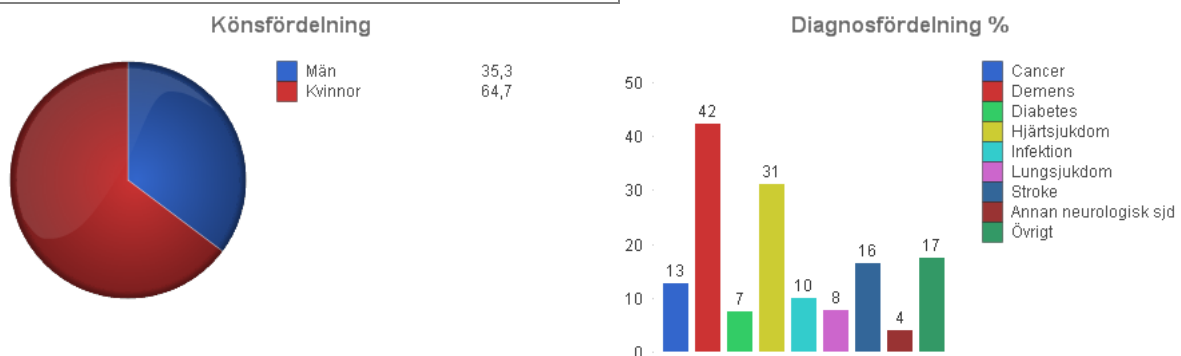
För att merparten av inrapporterade dödsfall skall kunna presenteras så är redovisningen uppdelad i de fem grupperna kommunala boendeformer (säbo och korttid) oavsett vem som utfört vården redovisat per kommun, sjukhus belägna inom samma kommun oavsett klinik, palliativ slutenvård per utförande enhet, avancerad hemsjukvård per utförande enhet samt basal hemsjukvård per kommun. För den basala hemsjukvården har det endast inom 8 kommuner nåtts upp till 25 registrerade dödsfall trots att det totala antalet nu passerat 1 400. Därför har gränsen för presentation sänkts till 15 registreringar.

Casemix

Särskilda boendeformer

Nedan följer en beskrivning av de 12 173 dödsfall som komplett rapporterats 2010 från särskilda boendeformer. Både av personalen oväntade och väntade dödsfall är medräknade. Observera att man kan ange mer än en diagnos per avliden.

Medianålder, (år)	Vårdtid, median, (dagar)
88	742



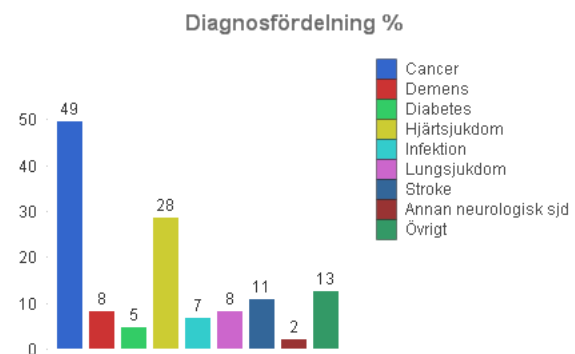


Kommentar: I särskilda boendeformer dör framförallt kvinnor (nästan två tredjedelar). Medianåldern är 88 år. Medianvårdtiden är nästan två år. Över 40 % har demens som dominerande orsak till dödsfallet. Cancer rapporteras hos 13 % av de avlidna. Nästan 60 % uppfattas av personalen ha kvar sin förmåga till självbestämmande upp till veckor före dödsfallet. I knappt 9 % har extern kompetens för symtomlindring anlåtits. Huruvida den andelen är låg pga dålig tillgänglighet av olika former av kompetenser att konsultera eller speglar ett lågt behov är svårt att veta. Det görs dock i samma utsträckning som inom avancerad hemsjukvård.

Korttidsvård

Nedan följer en beskrivning av de 3 322 dödsfall som komplett rapporterats 2010 från korttidsvård. Både av personalen oväntade och väntade dödsfall är medräknade.

Medianålder, (år)	Vårdtid, median, (dagar)
84	22



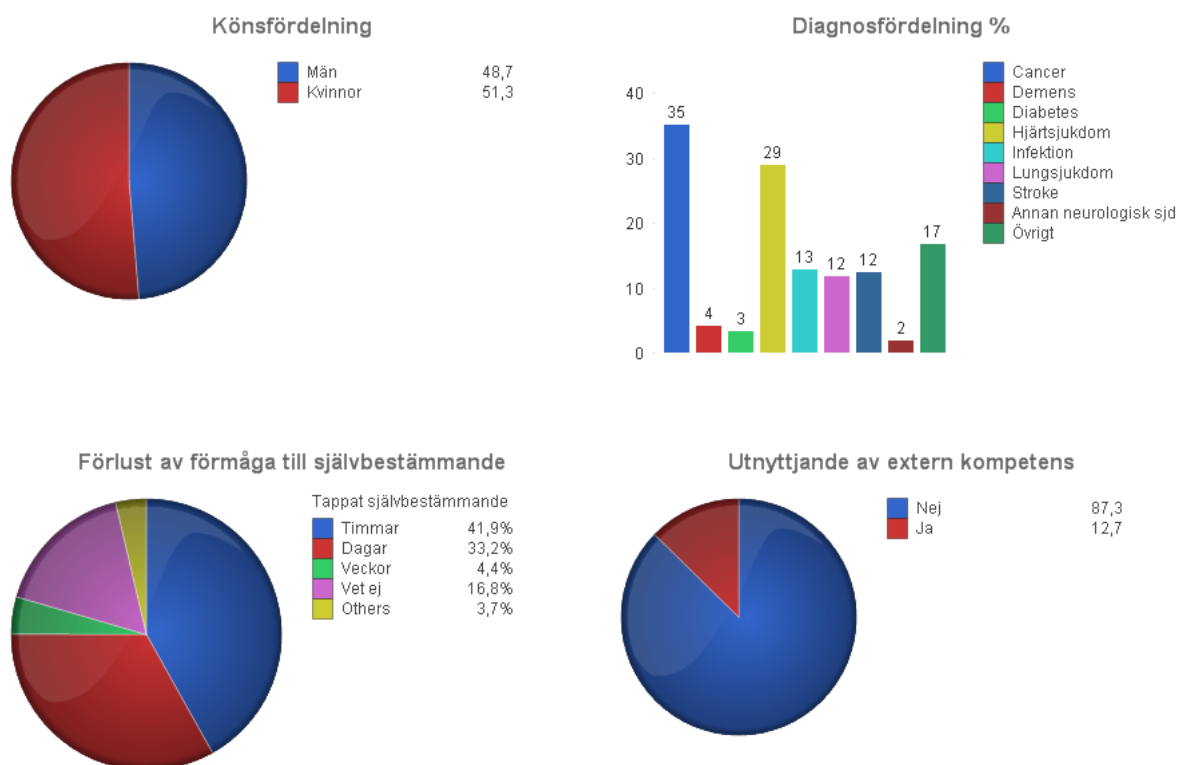
Kommentar: På korttidsplatser dör lika många kvinnor som män. Medianåldern är 84 år. Medianvårdtiden är drygt tre veckor. Nästan 50 % har cancer som dominerande orsak till dödsfallet. Demens rapporteras hos 8 % av de avlidna. Nästan 85 %

uppfattas av personalen ha kvar sin förmåga till självbestämmande upp till veckor före dödsfallet. I knappt 15 % har extern kompetens för symtomlindring anlätats. Det är den näst högsta andelen bland de olika vårdformerna. Skulle ytterligare anlätande av extern kompetens kunna öka symtomlindringen ytterligare?

Sjukhus

Nedan följer en beskrivning av de 6 097 dödsfall som komplett rapporterats 2010 från sjukhusvård. Både av personalen oväntade och väntade dödsfall är medräknade.

Medianålder, (år)	Vårdtid, median, (dagar)
82	8

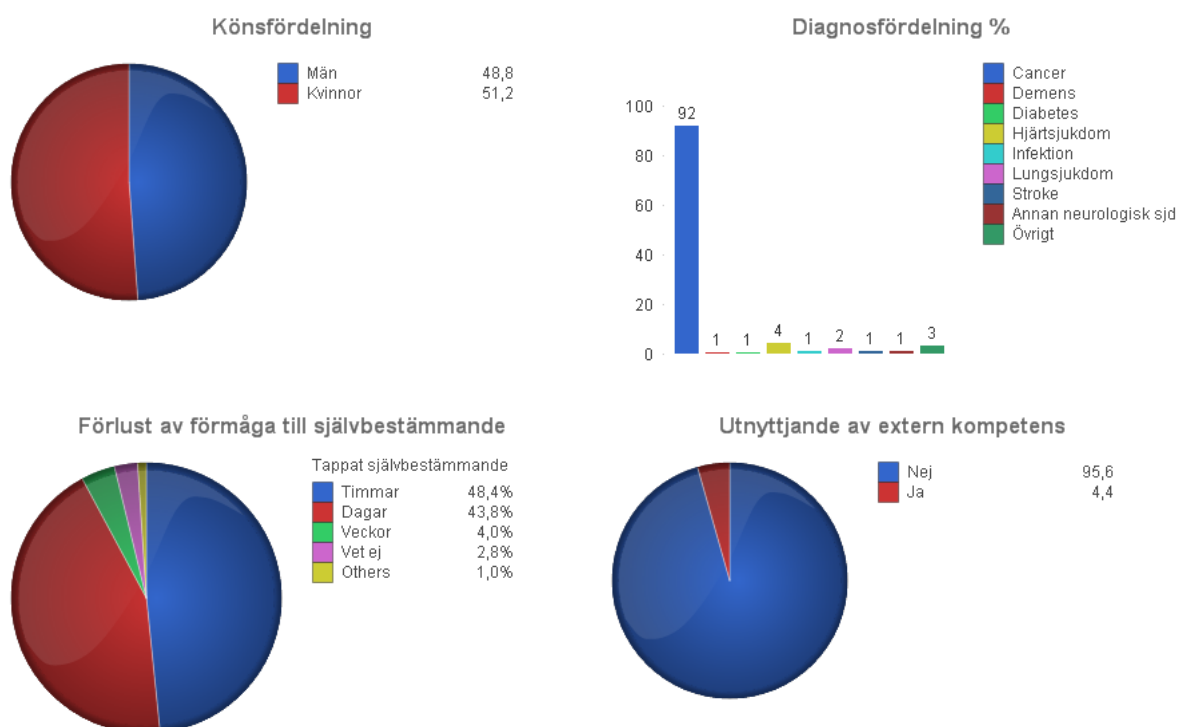


Kommentar: På sjukhus dör i stort sett lika många kvinnor som män. Medianåldern är 82 år. Medianvårdtiden är drygt en vecka. En dryg tredjedel 35 % har cancer som dominerande orsak till dödsfallet. Demens rapporteras hos 4 % av de avlidna. Nästan 80 % uppfattas av personalen ha kvar sin förmåga till självbestämmande upp till veckor före dödsfallet. I nästan 17 % av fallen känner inte personalen till den avlidnes förmåga till självbestämmande. I knappt 13 % har extern kompetens för symtomlindring anlätats. Det är en av de högre andelarna bland de olika vårdformerna. Då sjukhuset är dit man gärna vänder sig med akuta problem, t ex bristande symtomkontroll inställer sig frågan om ytterligare anlätande av extern kompetens kan öka symtomlindringen ytterligare?

Hospice/Palliativ SV

Nedan följer en beskrivning av de 4 943 dödsfall som komplett rapporterats 2010 från hospice/palliativ sv. Både av personalen oväntade och väntade dödsfall är medräknade.

Medianålder, (år)	Vårdtid, median, (dagar)
73	12

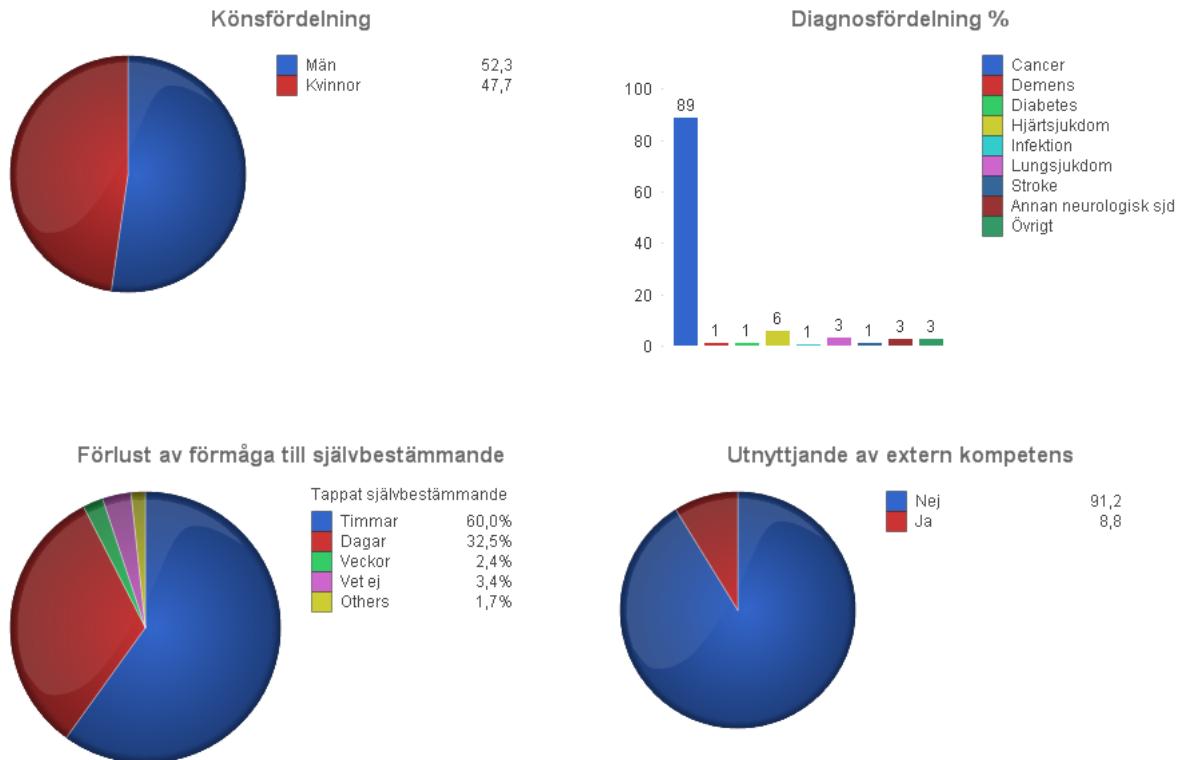


Kommentar: På hospice/palliativ sv dör i stort sett lika många kvinnor som män. Medianåldern är 73 år. Medianvårdtiden är knappt två veckor. Över 90 % har cancer som dominerande orsak till dödsfallet. Demens rapporteras hos 1 % av de avlidna. Mer än 95 % uppfattas av personalen ha kvar sin förmåga till självbestämmande upp till veckor före dödsfallet. I endast drygt 4 % har extern kompetens för symtomlindring anlåtats. Det är den lägsta andelen bland de olika vårdformerna. Detta hänger rimligen samman med att det är här den största erfarenheten och kompetensen finns av palliativ vård. Vad kan personalen här göra för att dela med sig av sina erfarenheter till övriga vårdgivare?

Avancerad hemsjukvård

Nedan följer en beskrivning av de 2 595 dödsfall som komplett rapporterats 2010 från avancerad hemsjukvård. Både av personalen oväntade och väntade dödsfall är medräknade.

Medianålder, (år)	Vårdtid, median, (dagar)
72	53

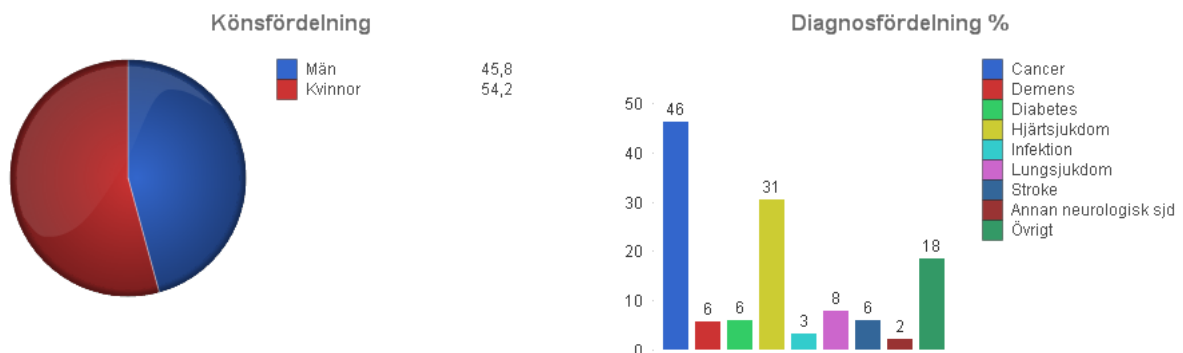


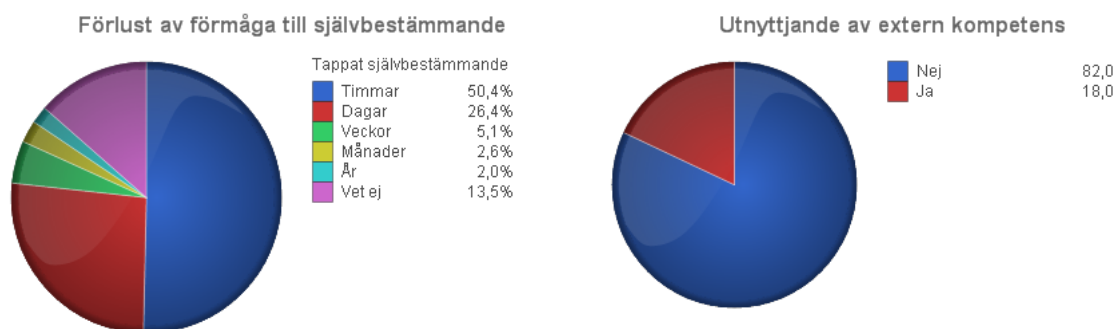
Kommentar: Inom avancerad hemsjukvård dör något fler män än kvinnor. Medianåldern är 72 år. Medianvårdtiden är knappt två månader. Knappt 90 % har cancer som dominerande orsak till dödsfallet. Demens rapporteras hos 1 % av de avlidna. 95 % uppfattas av personalen ha kvar sin förmåga till självbestämmande upp till veckor före dödsfallet. I knappt 9 % har extern kompetens för symtomlindring anlåtits. Det ligger på samma nivå som inom särskilda boendeformer.

Basal hemsjukvård

Nedan följer en beskrivning av de 1 366 dödsfall som komplett rapporterats 2010 från basal hemsjukvård. Både av personalen oväntade och väntade dödsfall är medräknade.

Medianålder, (år)	Vårdtid, median, (dagar)
84	173



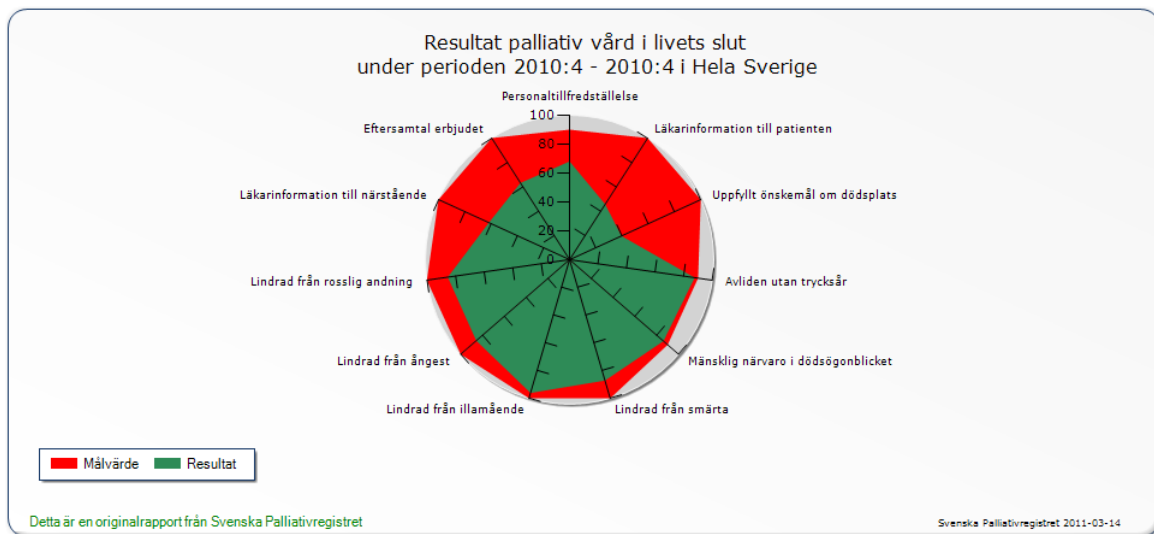


Kommentar: Inom basal hemsjukvård dör något fler kvinnor än män. Medianåldern är 84 år. Medianvårdtiden är knappt sex månader. Cancer anges i 48 % som dominerande orsak till dödsfallet. Demens rapporteras hos 6 % av de avlidna. I gruppen övrigt finns en stor del allmänna orsaker som avtackling, hög ålder och liknande. 84 % uppfattas av personalen ha kvar sin förmåga till självbestämmande upp till veckor före dödsfallet. I 18 % har extern kompetens för symtomlindring anlåtats. Det är den vårdform som mest utnyttjar extern kompetens. Här finns bland annat flera goda exempel på väl fungerande samarbete med palliativa rådgivningsteam.

Spindeldiagram – en översikt

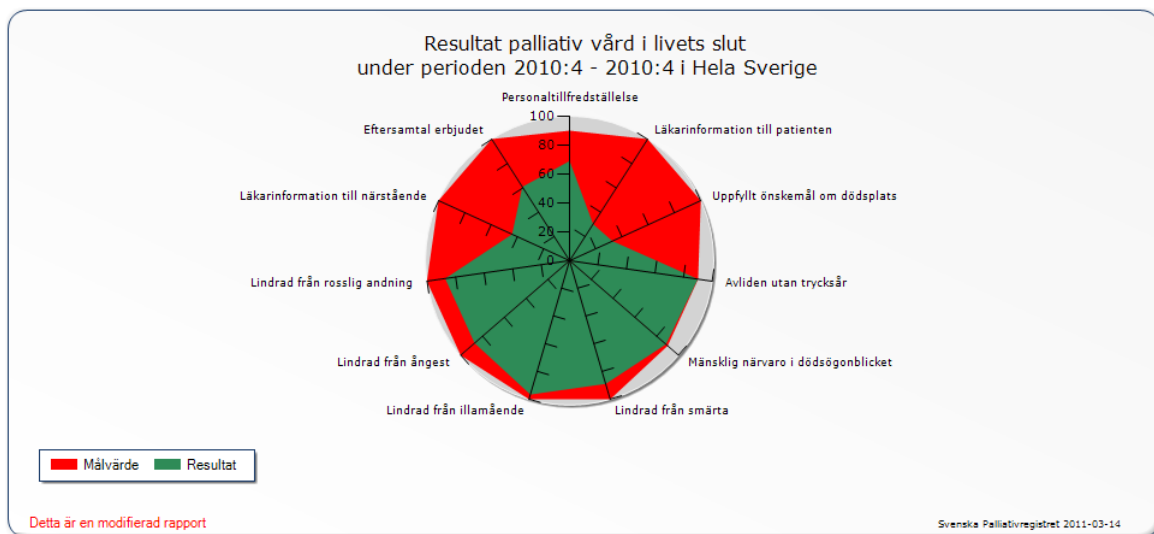
Dessa spindeldiagram bygger på frågeformuläret som användes tom 2010 12 31 och består av 11 delfrågor med målvärden och resultat för varje del. Endast de dödsfall som personalen bedömt som väntade ingår. Värdena läses av på respektive linje. Målvärdet är rödfärgat och det aktuella resultatet grönfärgat vilket fungerar som ett signalsystem. Så länge den röda färgen syns någonstans så har man inte uppnått målet i alla de grundläggande delarna. De olika delarna refererar till den palliativa vårdens 4 hörnstenar – symtomlindring, kommunikation, teamarbete och närståendestöd. Data redovisas för fjärde kvartalet 2010. Mer valida data kommer att kunna presenteras under 2011 med hjälp av det nya frågeformuläret.

Hela Sverige



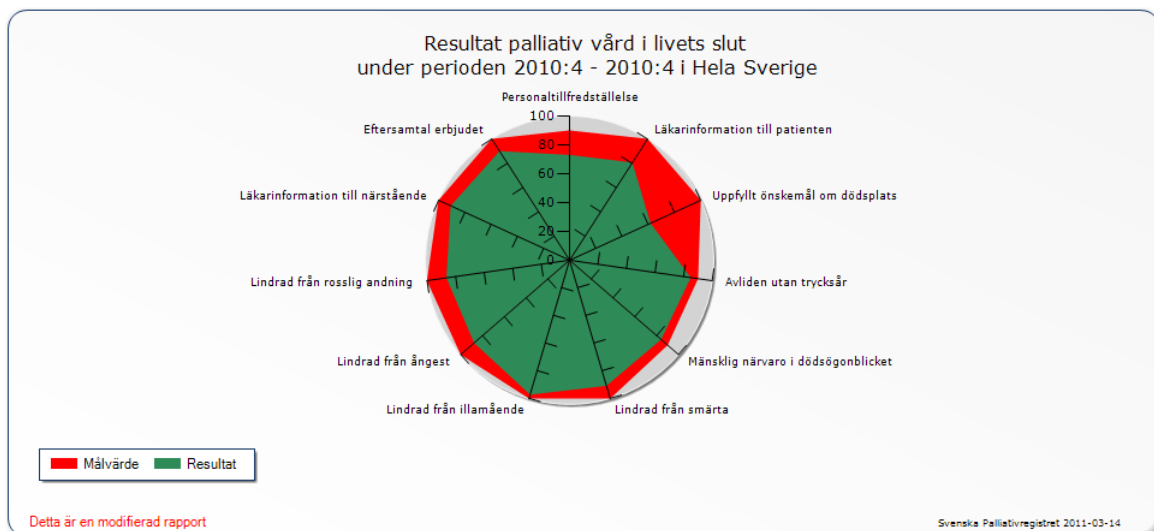
Kommentar: Bygger på 8761 rapporterade dödsfall. Lindring av plågsamma symtom i livets slutskede fungerar bra sett i det totala materialet. Det finns förbättringsutrymme vad gäller kommunikation både till patient och närstående. Hos endast 40 % av patienterna kunde man bekräfta att dödsplatsen överrensstämde med patientens senast uttalade önskan.

Säbo + korttidsboende



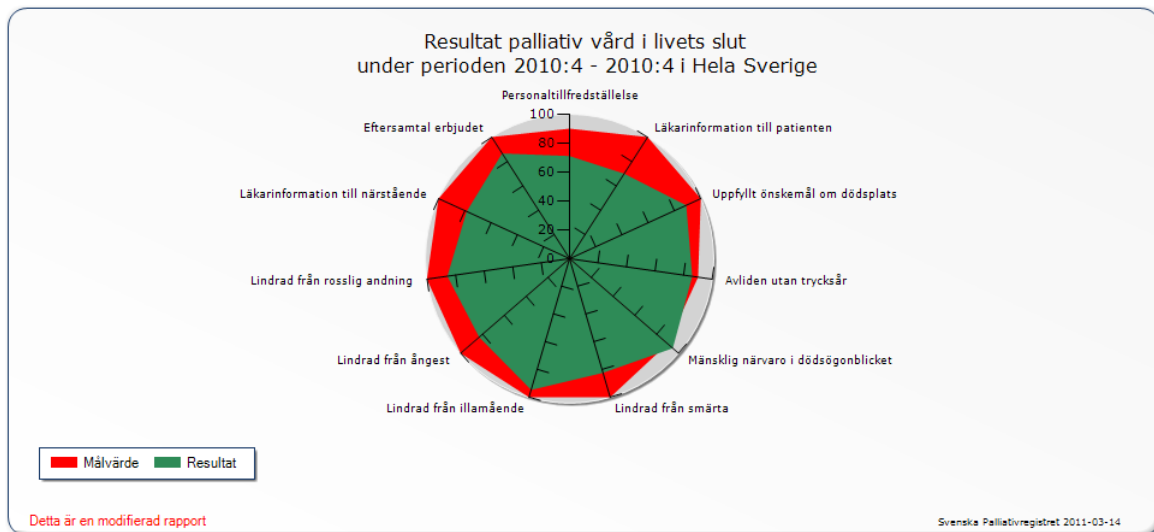
Kommentar: Bygger på 4561 dödsfall. Symtomlindringen fungerar bra och det är mycket få som avlider med trycksår. Många som avlider inom särskilda boendeformer och korttidsboenden har förlorat sin förmåga till självbestämmande och det kan vara en delförklaring till att en så liten andel av de boende har fått läkarinformation om att han/hon är döende. Likaledes att det är så få där man kunde bekräfta att dödsplatsen överrensstämde med patientens senast uttalade önskan. Det brister dock i informationen till närstående och erbjudandet av efterlevandesamtal. Här finns tydliga förbättringsområden för dessa vårdformer.

Palliativ slutenvård



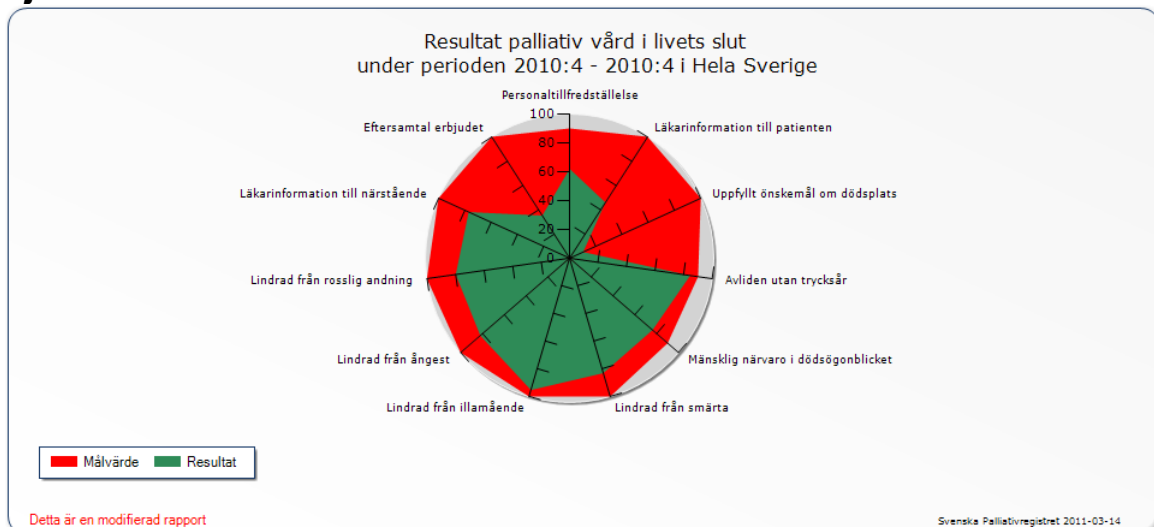
Kommentar: Bygger på 1298 dödsfall. Den specialiserade palliativa slutenvården förväntas ha en hög måluppfyllelse vad gäller redovisade frågor och resultatet visar att man har kommit långt. Det går att åstadkomma ett bra vårdinnehåll för döende patienter och detta kan förhoppningsvis tjäna som inspiration för andra. Tjugo procent av patienterna har inte fått information om att han/hon är döende. Här finns patienter som saknar förmåga till självbestämmande och som inte kan ta emot information. Men det finns också patienter som aktivt avböjer information. Andelen patienter där man kunde bekräfta att dödsplatsen överrensstämde med patientens senast uttalade önskan bör kunna öka med 20 %.

Hemsjukvård (avancerad och basal)



Kommentar: Bygger på 1087 dödsfall. Hemsjukvården förväntas ha en hög måluppfyllelse vad gäller redovisade frågor och resultatet visar att man har kommit långt. I jämförelse med den palliativa slutenvården redovisar man en lägre andel patienter som fått läkarinformation, men å andra sidan har man som förväntat en hög måluppfyllelse vad gäller önskad dödsplats. Resultatet visar att det är mycket få patienter i denna vårdform som dör ensamma. Andelen efterlevande som erbjuds samtal är hög.

Sjukhus

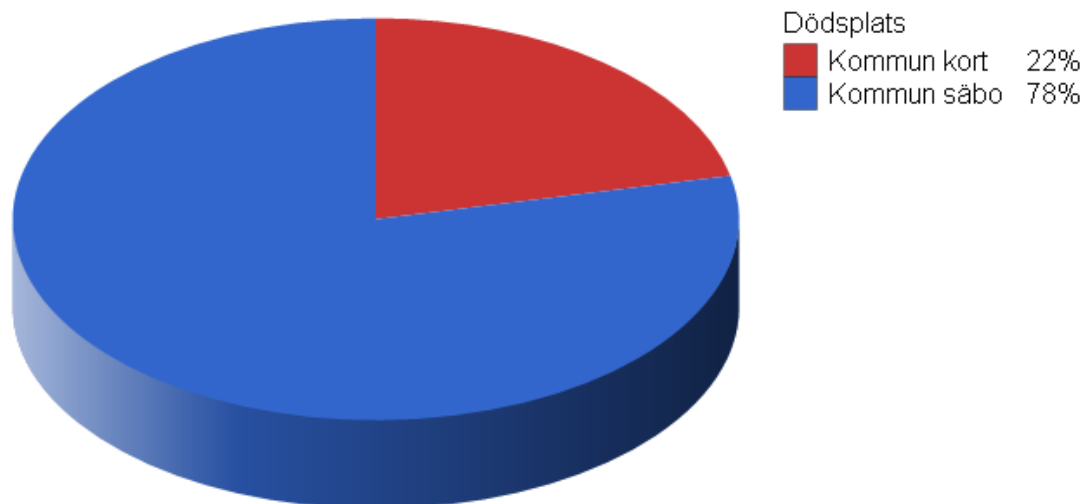


Kommentar: Bygger på 1732 dödsfall. Sjukhusvården redovisar tillfredsställande resultat vad gäller symtomlindring men har uppenbara brister vad gäller information till patienten. I analogi med detta är vetskapen om önskad dödsplats mycket låg. En hög andel närstående får dock information. Efterhörande om patientens önskade dödsplats från närstående kanske är en väg för sjukhusvården att bättre kunna tillgodose patientens önskemål.

Särskilda boendeformer och korttidsplatser

Totalt 15 580 dödsfall har inrapporterats 2010. Av dessa har 14 424 rapporterats från 183 kommuner med minst 25 rapporterade dödsfall enligt nedanstående tabell.

Dödsplats säbo och korttidsplatser \geq 25 dödsfall per kommun (n=14 333)



I nedanstående tabell avser "Kommun" den kommun där den inrapporterande verksamheten ligger, "Antal reg totalt" det totala antalet kompletta registreringar 2010, "Plötsligt" antalet dödsfall som gått till s k rättsmedicinsk obduktion och därmed endast besvarat de allra första frågorna (ingår inte i någon annan statistik), "Oväntat" antalet dödsfall som av vårdpersonalen bedömts som oväntade och därmed inte kan vara föremål för någon vårdplanering inför livets slut, "Väntat" antalet dödsfall som av vårdpersonalen bedömts som väntade och därmed skall vara föremål för en fortlöpande vårdplanering och uppföljning inför livets slut, "Vet ej" antalet dödsfall där vårdpersonalen inte i efterhand kunnat ta ställning till om dödsfallet var väntat samt "Tappat självbestämmande" antalet dödsfall (som redan ingår i de tidigare kolumnerna) där vårdpersonalen bedömt att den avlidne förlorat sin förmåga till självbestämmande och därmed inte kunnat delta i diskussioner om sin vård veckor, månader eller år före dödsfallet.

Kommun	Antal reg totalt	Plötsligt	Oväntat	Väntat	Vet ej	Tappat självbestämmande
TOTALT	14424	91	1532	12474	327	4544
Ale	62	0	6	54	2	16
Alingsås	100	2	8	90	0	31
Alvesta	78	0	11	66	1	23
Aneby	32	0	8	23	1	4
Arvidsjaur	37	0	5	30	2	21
Arvika	67	1	4	61	1	27
Askersund	58	0	7	50	1	14
Avesta	102	1	11	89	1	14
Berg	33	0	5	27	1	10
Bjuv	41	0	10	30	1	12
Boden	44	0	4	39	1	15
Bollebygd	27	0	3	24	0	16
Bollnäs	67	0	14	52	1	16
Borgholm	59	0	4	53	2	19

Borlänge	133	1	11	113	8	38
Borås	61	1	6	53	1	20
Botkyrka	47	1	4	38	4	17
Boxholm	25	0	1	24	0	6
Bromölla	38	0	3	35	0	15
Bräcke	25	0	4	19	2	3
Degerfors	43	0	1	42	0	14
Eksjö	47	0	7	37	3	11
Emmaboda	26	0	0	25	1	9
Enköping	37	0	3	34	0	11
Eskilstuna	263	1	32	223	7	72
Fagersta	57	0	6	48	3	14
Falköping	89	0	8	75	6	28
Falun	116	2	19	88	7	37
Filipstad	28	0	2	26	0	10
Finspång	94	2	10	81	1	19
Flen	68	0	4	59	5	23
Forshaga	38	0	0	38	0	5
Gagnef	51	0	5	46	0	9
Gislaved	35	0	6	27	2	12
Gnesta	35	0	6	28	1	18
Gotland	97	0	9	86	2	19
Grums	26	0	5	20	1	9
Gällivare	59	2	4	53	0	19
Gävle	340	3	36	290	11	108
Göteborg	225	1	27	188	9	90
Habo	27	0	1	26	0	8
Hagfors	65	0	7	56	2	30
Halmstad	204	1	18	175	10	81
Haninge	101	0	13	88	0	34
Heby	26	1	4	21	0	11
Hedemora	86	1	4	77	4	16
Helsingborg	222	0	21	192	9	55
Herrljunga	41	0	4	34	3	14
Hofors	73	0	5	66	2	21
Huddinge	128	0	21	103	4	46
Hudiksvall	85	0	3	81	1	26
Hultsfred	39	0	5	34	0	11
Härryda	51	2	6	42	1	21
Hässleholm	39	0	10	20	9	11
Järfälla	98	0	11	87	0	29
Jönköping	323	2	41	272	8	95
Kalix	70	1	6	61	2	33
Kalmar	108	0	9	97	2	41
Karlshamn	60	0	11	48	1	18
Karlskoga	82	1	9	69	3	33
Karlskrona	70	0	8	62	0	29
Karlstad	116	1	11	103	1	36
Katrineholm	125	0	8	114	3	24
Kinda	58	0	4	54	0	13
Kiruna	36	0	4	32	0	23
Kramfors	40	0	8	31	1	20
Kristianstad	159	1	23	127	8	35
Kristinehamn	84	0	6	78	0	37
Krokom	52	0	2	49	1	16
Kungsbacka	93	0	9	82	2	34
Köping	90	0	12	77	1	20
Laholm	28	0	1	27	0	9

Leksand	82	0	16	62	4	19
Lerum	42	0	2	39	1	11
Lessebo	30	0	11	19	0	4
Lidingö	62	2	4	55	1	33
Lidköping	42	0	1	39	2	15
Linköping	317	3	48	260	6	126
Ljungby	102	0	9	90	3	24
Ljusdal	62	0	3	59	0	11
Ludvika	113	1	13	97	2	30
Luleå	77	0	7	68	2	29
Lycksele	47	0	3	42	2	12
Lysekil	28	0	2	25	1	4
Malung-Sälen	66	0	9	55	2	23
Mariestad	55	0	3	51	1	15
Mellerud	32	0	1	29	2	5
Mjölby	118	2	14	102	0	24
Mora	101	1	6	94	0	44
Motala	125	1	15	108	1	33
Mölnadal	53	1	8	44	0	23
Mörbylånga	41	0	4	33	4	6
Nacka	146	1	16	127	2	59
Nora	48	0	4	44	0	18
Nordmaling	25	0	4	21	0	5
Norrköping	424	2	29	387	6	131
Norrälje	144	4	22	118	0	37
Nybro	28	0	7	19	2	10
Nyköping	109	2	19	87	1	46
Nässjö	33	1	1	31	0	10
Ockelbo	30	0	3	26	1	1
Orsa	41	0	6	34	1	9
Osby	73	0	18	55	0	29
Oskarshamn	92	0	3	87	2	25
Ovanåker	51	0	2	46	3	10
Oxelösund	48	1	4	43	0	19
Partille	29	0	6	22	1	4
Piteå	55	0	9	45	1	23
Ragunda	33	0	6	26	1	4
Robertsfors	42	0	0	42	0	12
Ronneby	132	0	19	111	2	40
Rättvik	100	1	10	87	2	31
Sala	61	0	8	50	3	24
Sandviken	147	2	13	130	2	29
Skara	70	0	10	58	2	13
Skellefteå	283	2	30	244	7	120
Skövde	76	2	5	64	5	23
Sollefteå	29	1	2	22	4	11
Sollentuna	42	1	5	34	2	14
Solna	143	1	17	121	4	59
Sotenäs	45	0	3	41	1	11
Staffanstorps	29	0	1	28	0	5
Stockholm	259	2	29	221	7	101
Strängnäs	100	0	5	92	3	29
Strömsund	62	0	5	57	0	14
Sundbyberg	59	2	7	48	2	15
Sundsvall	72	0	7	65	0	37
Sunne	66	0	6	60	0	6
Svalöv	39	0	9	29	1	7
Svedala	50	1	4	45	0	9

Svenljunga	48	0	2	41	5	15
Säfte	64	1	8	54	1	15
Säter	52	0	2	50	0	19
Söderhamn	150	1	21	126	2	42
Söderköping	27	0	4	22	1	8
Södertälje	44	0	3	38	3	13
Sölvesborg	64	0	5	59	0	36
Tanum	31	0	7	24	0	10
Tibro	61	0	1	60	0	23
Tidaholm	40	0	2	36	2	15
Timrå	30	0	5	24	1	22
Tingsryd	40	0	3	37	0	10
Tjörn	27	0	0	24	3	11
Torsby	39	0	1	38	0	8
Torsås	29	0	2	27	0	15
Tranemo	45	0	13	32	0	12
Tranås	30	0	2	27	1	6
Trosa	45	0	5	40	0	6
Tyresö	32	0	4	28	0	3
Täby	103	4	10	88	1	43
Töreboda	61	0	14	47	0	17
Ulricehamn	96	0	12	83	1	29
Umeå	209	4	23	178	4	77
Uppsala	329	4	31	290	4	98
Uppvidinge	38	0	6	31	1	6
Vadstena	30	1	0	27	2	11
Valdemarsvik	28	1	3	24	0	7
Vansbro	48	0	1	44	3	17
Vara	36	0	1	35	0	9
Vetlanda	38	0	3	34	1	9
Vilhelmina	29	0	4	25	0	12
Vimmerby	66	0	5	61	0	28
Vindeln	26	0	2	24	0	20
Vingåker	27	0	2	24	1	7
Vårgårda	39	0	5	34	0	16
Vännäs	33	1	4	28	0	4
Värnamo	63	0	1	62	0	22
Västervik	133	1	23	109	0	35
Västerås	215	3	37	173	2	81
Växjö	164	2	14	146	2	34
Åmål	38	0	4	33	1	13
Åre	29	0	6	23	0	13
Årjäng	50	0	4	45	1	14
Åsele	26	1	2	23	0	9
Åtvidaberg	50	0	5	45	0	13
Älmhult	66	0	6	60	0	23
Älvdalen	44	0	2	41	1	15
Älvkarleby	27	0	0	26	1	9
Älvsbyn	34	0	2	32	0	5
Örebro	289	1	24	260	4	101
Örnsköldsvik	160	0	7	148	5	46
Östersund	162	0	16	143	3	55
Östra Göinge	41	0	6	34	1	12

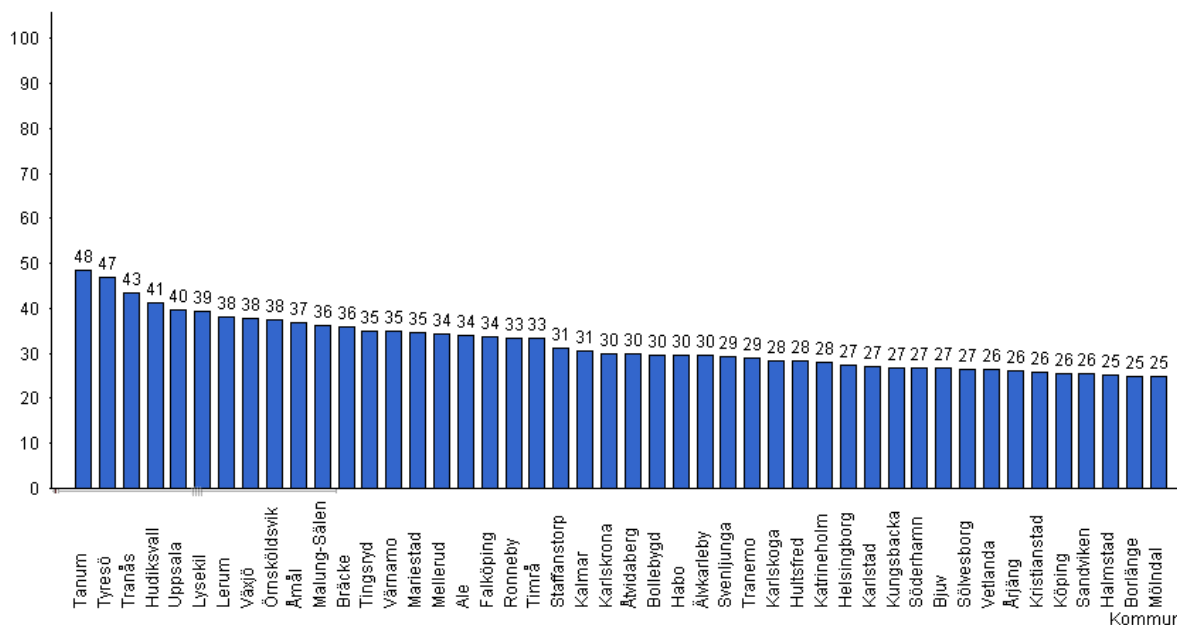
Kommentar: Totalt sett har 86% av alla inrapporterade dödsfall inom kommunala vårdformer varit väntade. Detta gör att man haft möjlighet att erbjuda ett palliativt vårdinnehåll i livets slutskede i de allra flesta av fallen. Så många som 32% av personerna hade förlorat sin förmåga till självbestämmande månader eller år före dödsfallet. Detta gör att de inte kan tillgodogöra sig informerande läkarsamtal, uttrycka önskemål om var man vill vårdas och att det blir en markant större utmaning för ansvarig personal att analysera om personen plågas av några behandlingsbara symtom.

Sveriges tre största kommuner är klart underrepresenterade i denna tabell. Göteborg och Stockholm finns med men med färre registreringar än mellanstora städer som Gävle, Uppsala, Eskilstuna, Jönköping, Örebro, Linköping och Norrköping. Detta kan bara tolkas som att den kommunala aktiviteten i Svenska palliativregistret i dessa våra största städer är låg. Malmö kommun saknas helt liksom mellanstora kommuner som Falkenberg, Lund, Landskrona, Trelleborg, Varberg och Vänersborg.

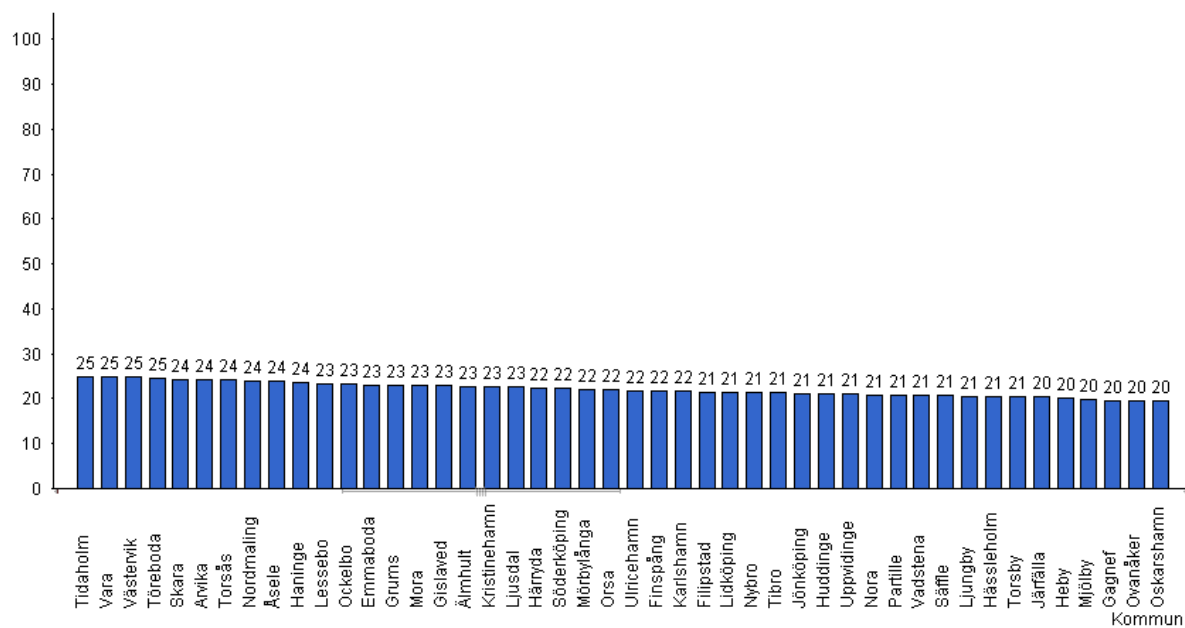
Cancerandel

Nedanstående diagram redovisar samlad den procentuella andel som enligt dödsfallsenkäten avlidit på särskilt boende eller korttidsplats oavsett vårdgivare eller huvudman. Kommun avser den kommun som den rapporterade enheten har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (både väntade och oväntade) har tagits med. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 14 333 dödsfall.

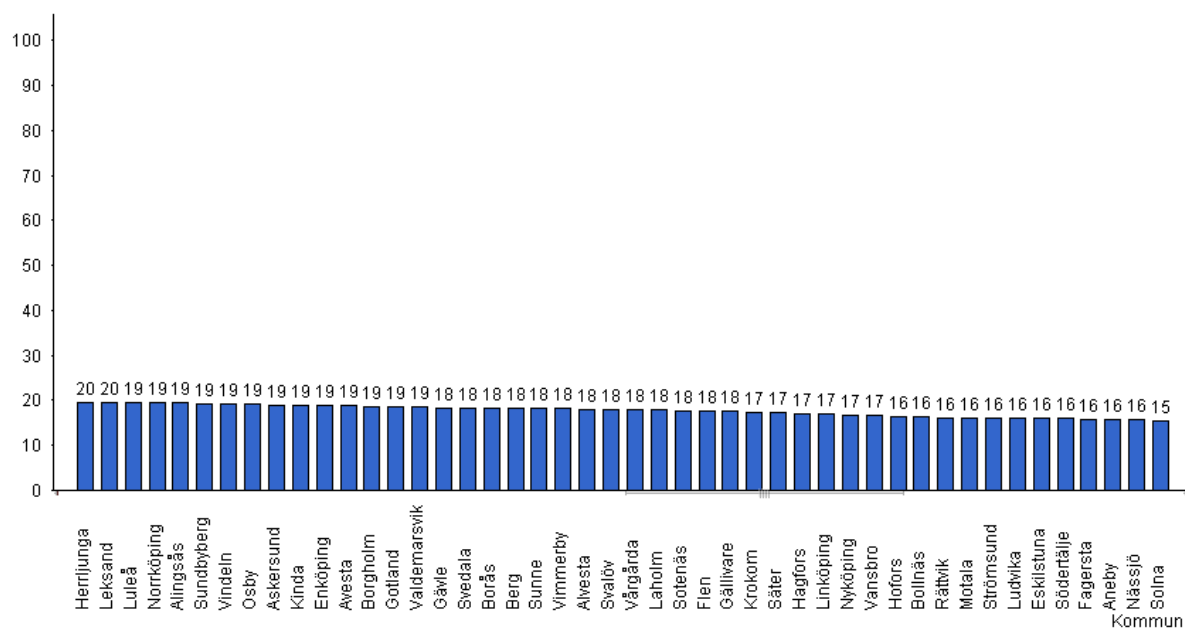
Andel avlidna med cancerdiagnos



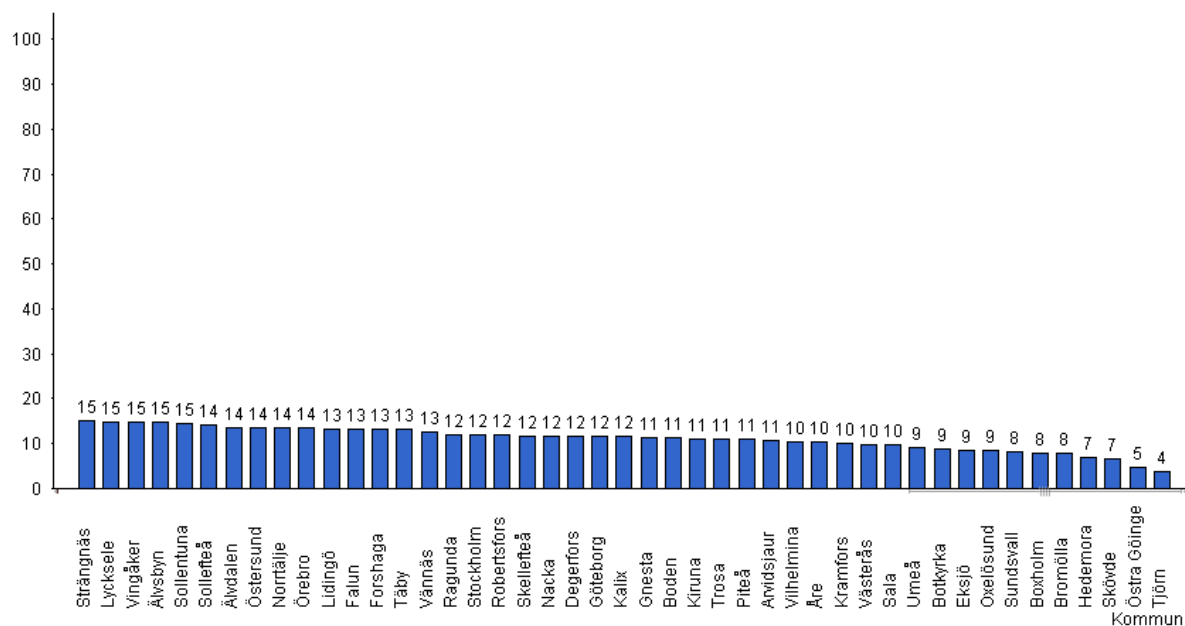
Andel avlidna med cancerdiagnos



Andel avlidna med cancerdiagnos



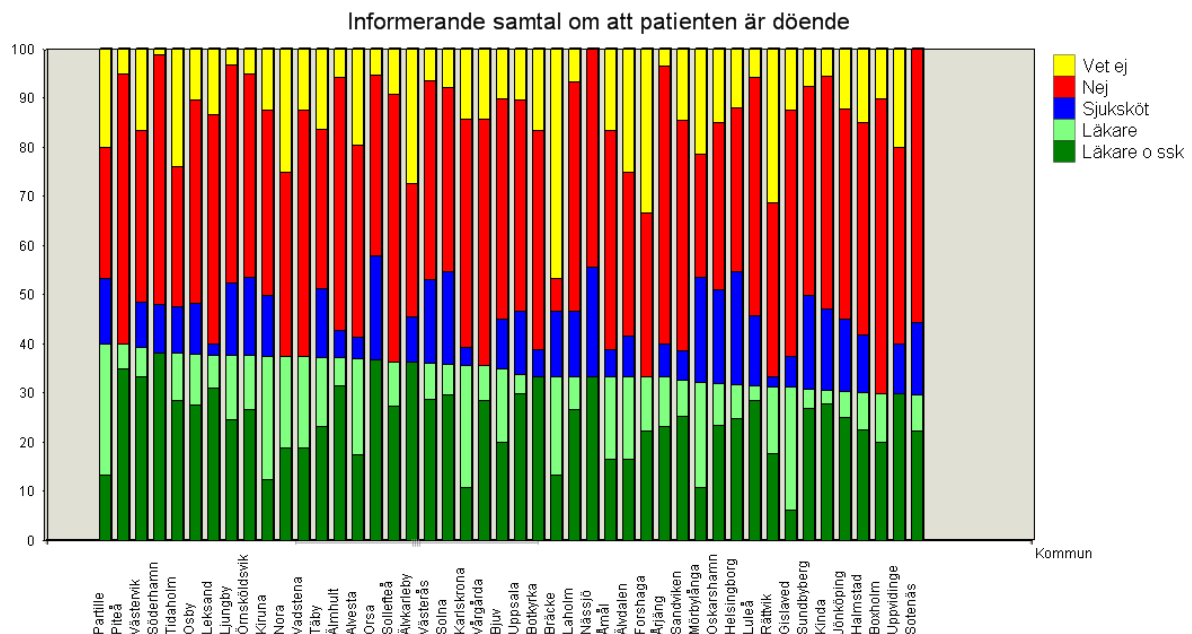
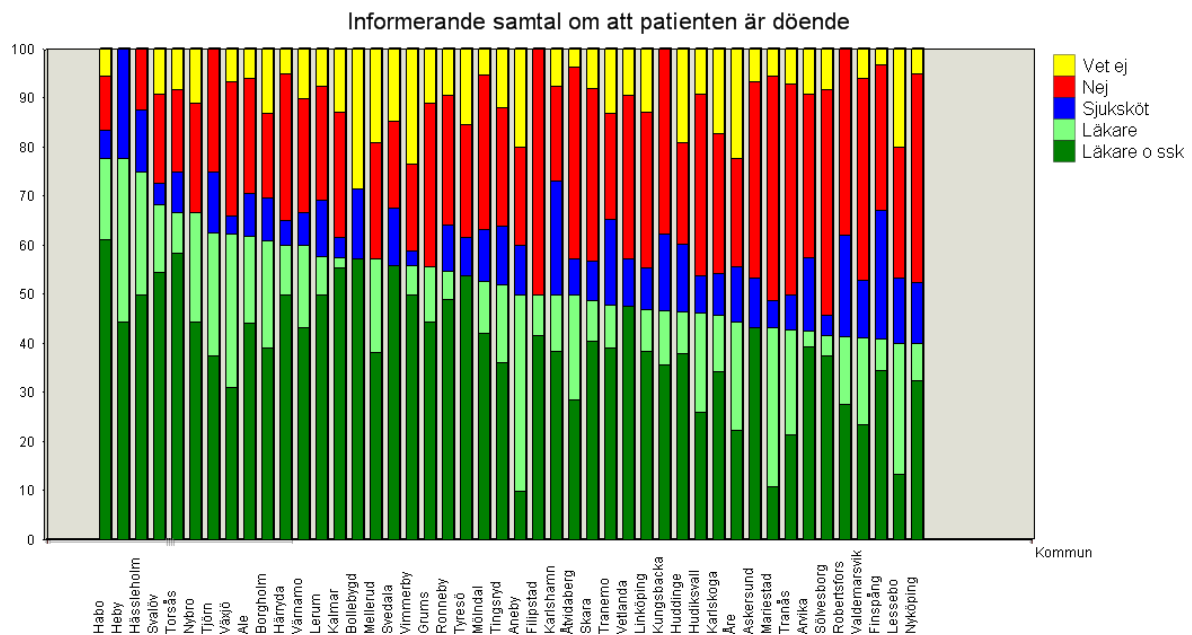
Andel avlidna med cancerdiagnos

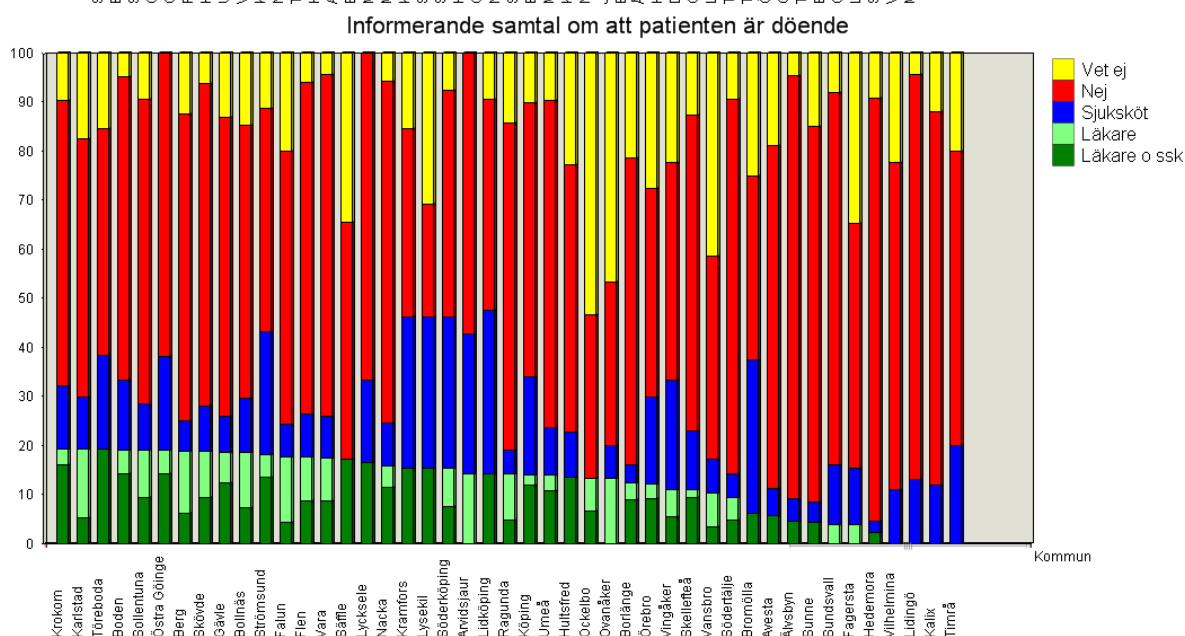
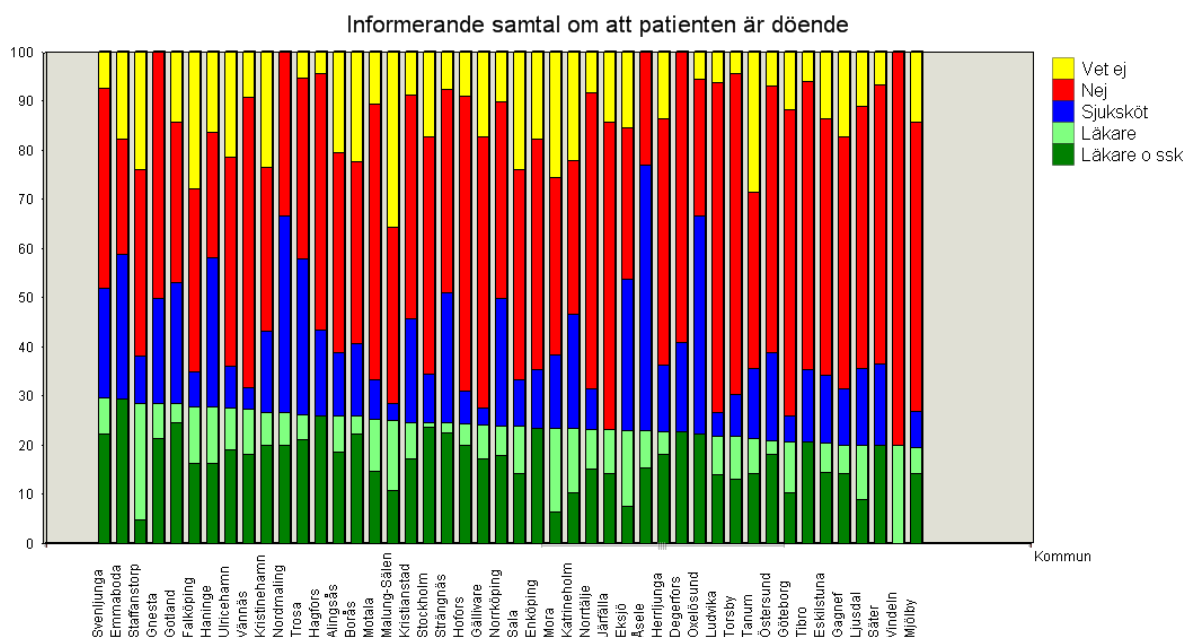


Kommentar cancerandel: Varje år avlider ca 22 000 personer i cancer i Sverige. De utgör ungefär 24% av de 90 092 som dog 2010. Ovanstående diagram påvisar tydligt att många personer som dör av cancer vårdas inom kommunala vårdformer i livets slutskede. I många kommuner ligger cancerandelen ungefär på de nationella siffrorna runt 24%. I de kommuner där siffrorna avviker kraftigt uppåt eller nedåt beror det troligen på vilken profil deltagande enheter har. Ju fler av kommunens enheter som är med i registret desto mer är det troligt att dessa ytterligheter försvinner.

Information till den döende

Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på särskilt boende eller korttidsplats oavsett vårdgivare eller huvudman. Kommun avser den kommun som den rapporterade enheten har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Den avlidne skall dessutom ha bedömts ha kvar sin förmåga till självbestämmande inom timmar eller dagar före dödsfallet. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 7 003 dödsfall.





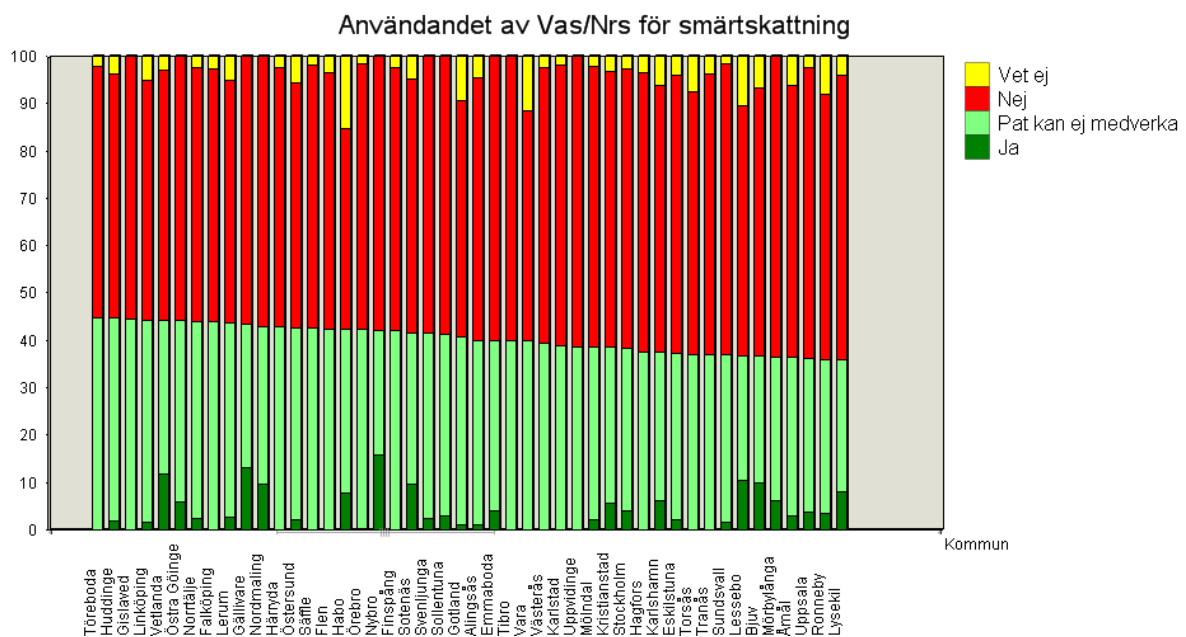
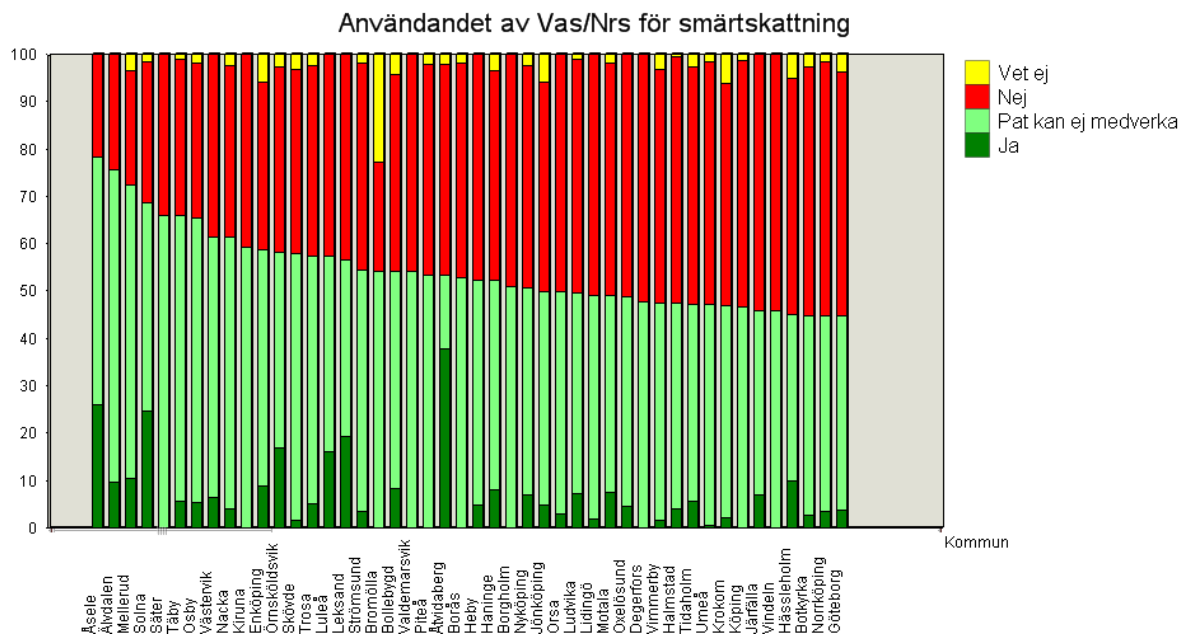
Kommentar information: Slående är de mycket stora variationerna mellan olika kommuner vad gäller andelen personer som fått ett informeringssamtal. Andelen varierar mellan drygt 70% i Habo, Heby och Hässleholm ner till 0% (noll!) i Vilhelmina, Lidingö, Kalix och Timrå.

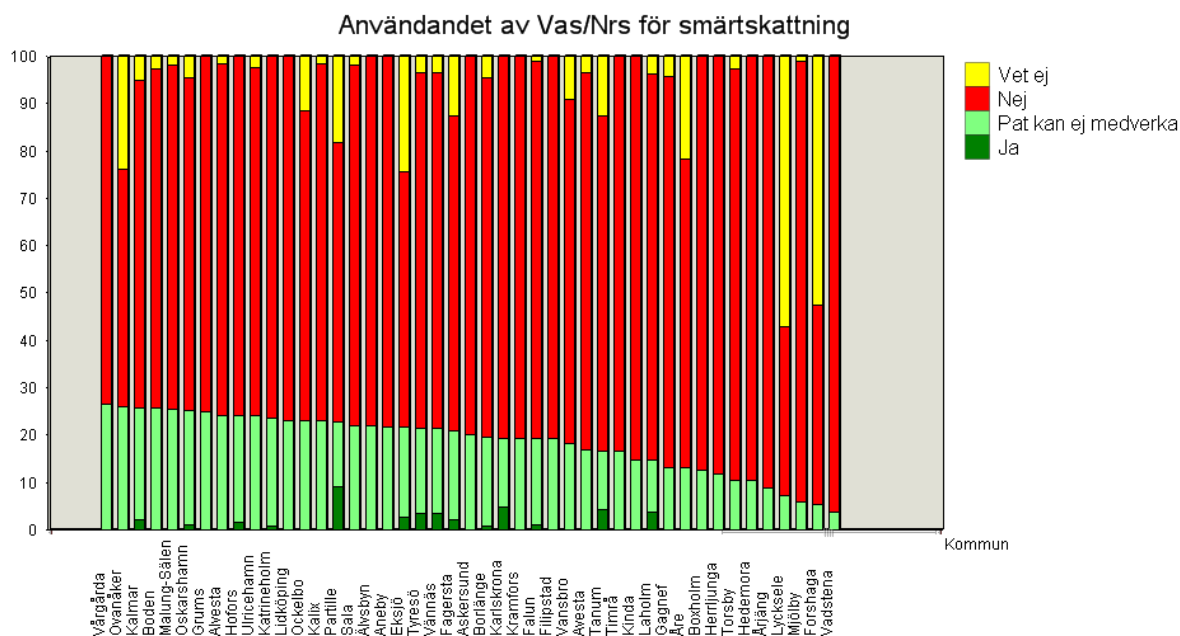
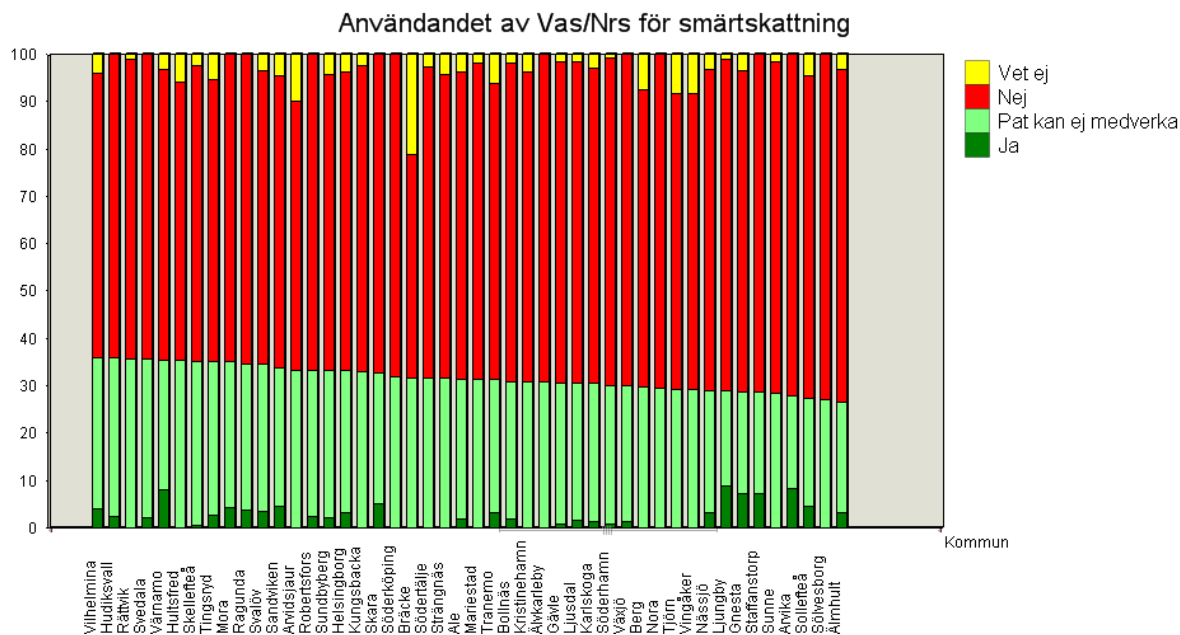
Läkaren har enligt Hälso- och sjukvårdslagen ansvaret för att informera den sjuke om diagnos, prognos och behandlingsalternativ. Denna information är en oavvislig förutsättning för att den sjuke ska kunna fatta autonoma beslut om hur man vill inrätta sitt liv sista tiden i livet. De blåa staplarna illustrerar att ansvarskännande sjuksköterskor ofta (ända upp till i 40% av fallen) gör vad de kan för att kompensera för läkarnas frånvaro i informationsprocessen. Information gällande att livets slutskede närmar sig väcker mycket frågor av medicinsk karaktär som de flesta sjuksköterskor inte har kompetens att besvara. Det optimala (och lagstadgade) är att denna typ av information förmedlas av ansvarig läkare. Sedan kan sjuksköterskan

fånga upp hur den sjuke hanterar informationen, bistå med förtydliganden och notera när ytterligare frågor behöver tas upp med läkaren.

Smärtskattning med VAS/NRS

Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på särskilt boende eller korttidsplats oavsett vårdgivare eller huvudman. Kommun avser den kommun som den rapporterande enheten har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Dödsfall som lett till sk rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 12 474 dödsfall.





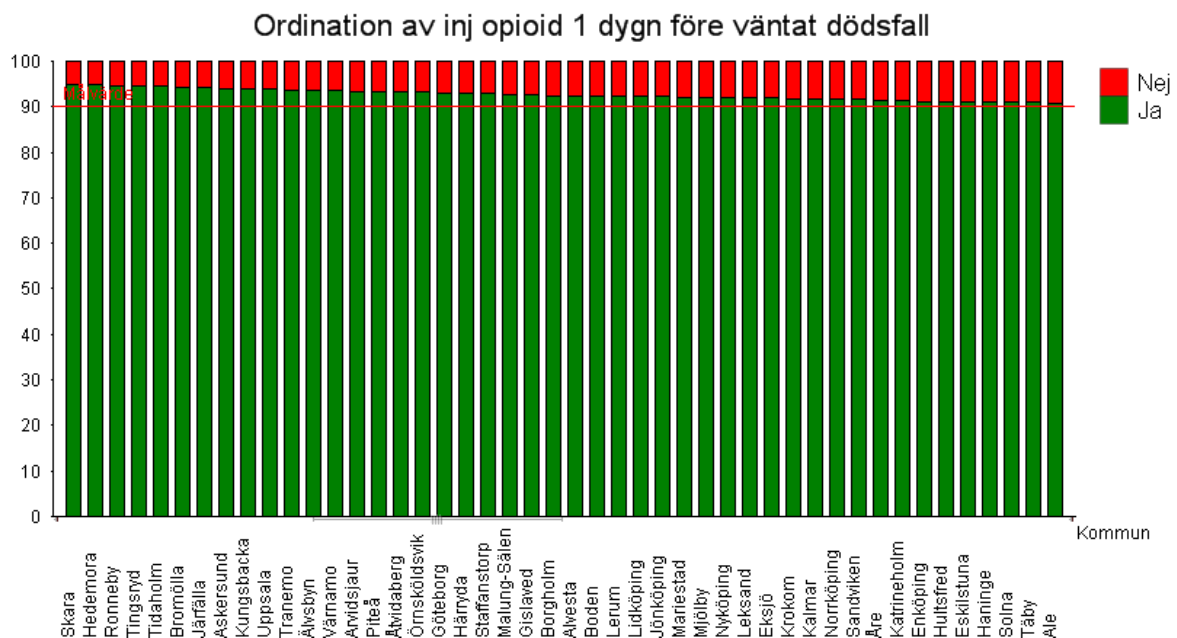
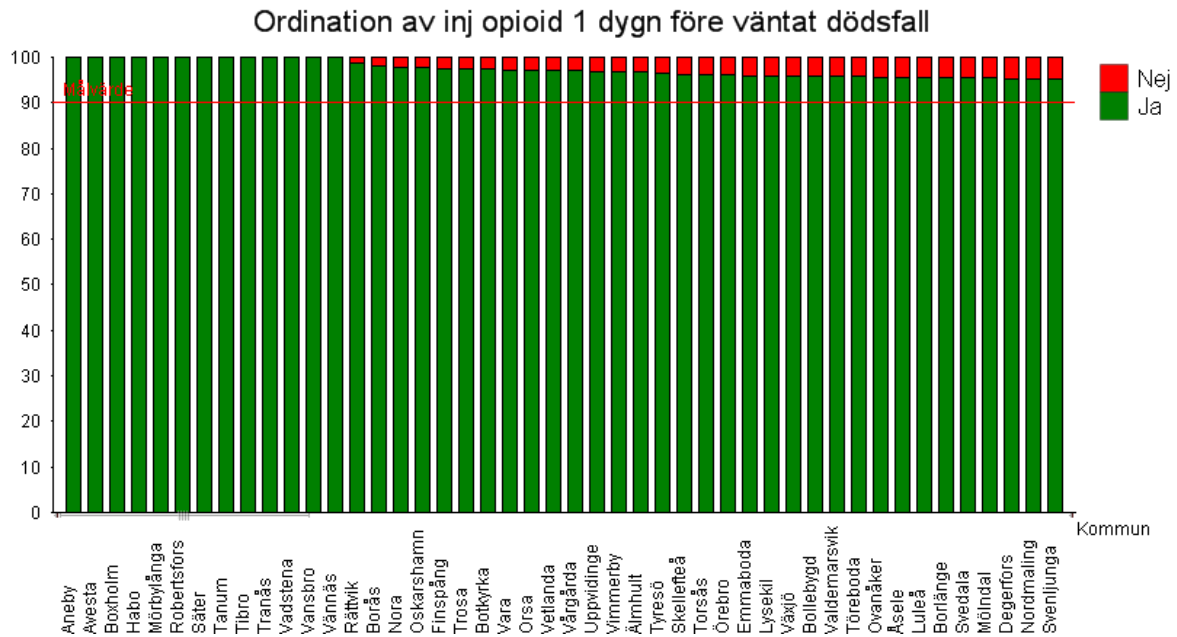
Kommentar smärtskattning: Det föreligger stora variationer vad gäller användandet av VAS/NRS för smärtskattning sista veckan i livet. Åtvidaberg använder det i 40% av fallen, Åsele och Solna i ca 25%. I många andra kommuner används det inte över huvud taget.

Dessutom varierar bedömningarna av hur många som inte kan medverka mellan 5-10% upp till 50%! Delvis skulle dessa skillnader kunna bero på att endast demensavdelningar varit med och registrerat i vissa kommuner och inte alls i andra. Att detta skulle vara hela förklaringen verkar osannolikt.

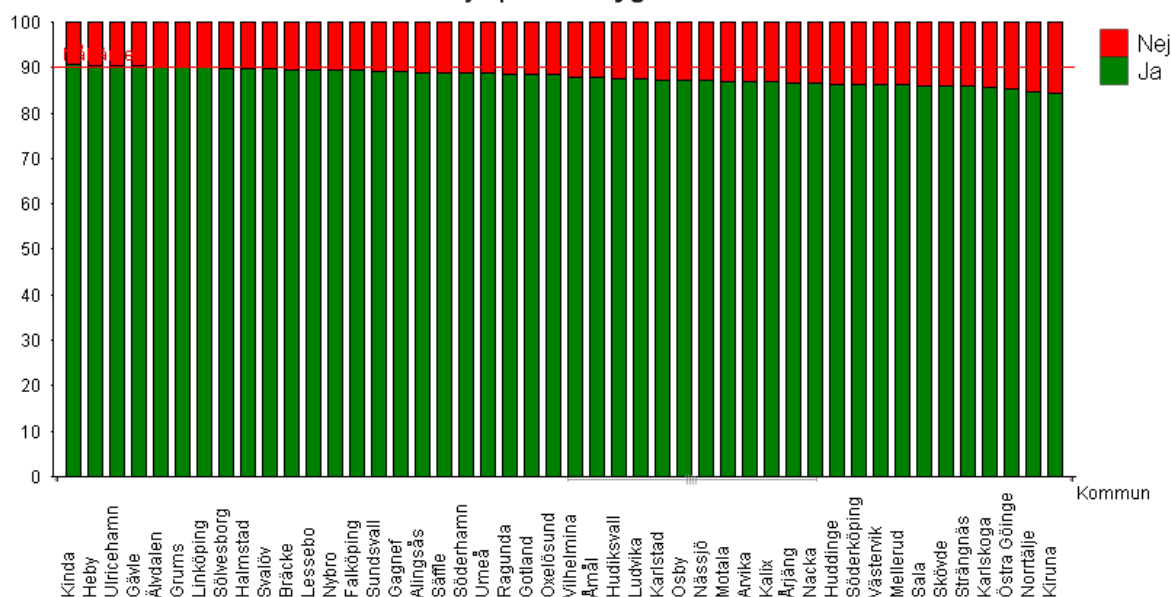
Klart är att ingen vårdare, oavsett hur van man är, kan se på en sjuk person hur ont hon eller han har utan en systematisk smärtskattning. Mycken smärta förekommer således odetekterad och därför också obehandlad/underbehandlad.

Ordination av injektion opioid vid behov

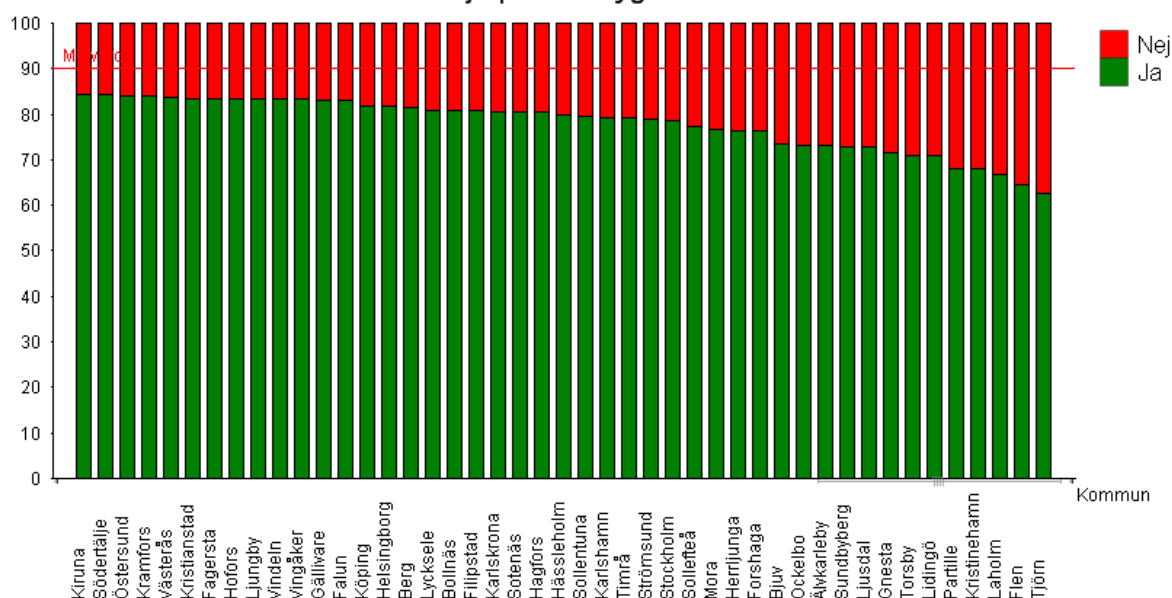
Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på särskilt boende eller korttidsplats oavsett vårdgivare eller huvudman. Kommun avser den kommun som den rapporterade enheten har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Dödsfall som lett till sk rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 12 474 dödsfall.



Ordination av inj opioid 1 dygn före väntat dödsfall



Ordination av inj opioid 1 dygn före väntat dödsfall

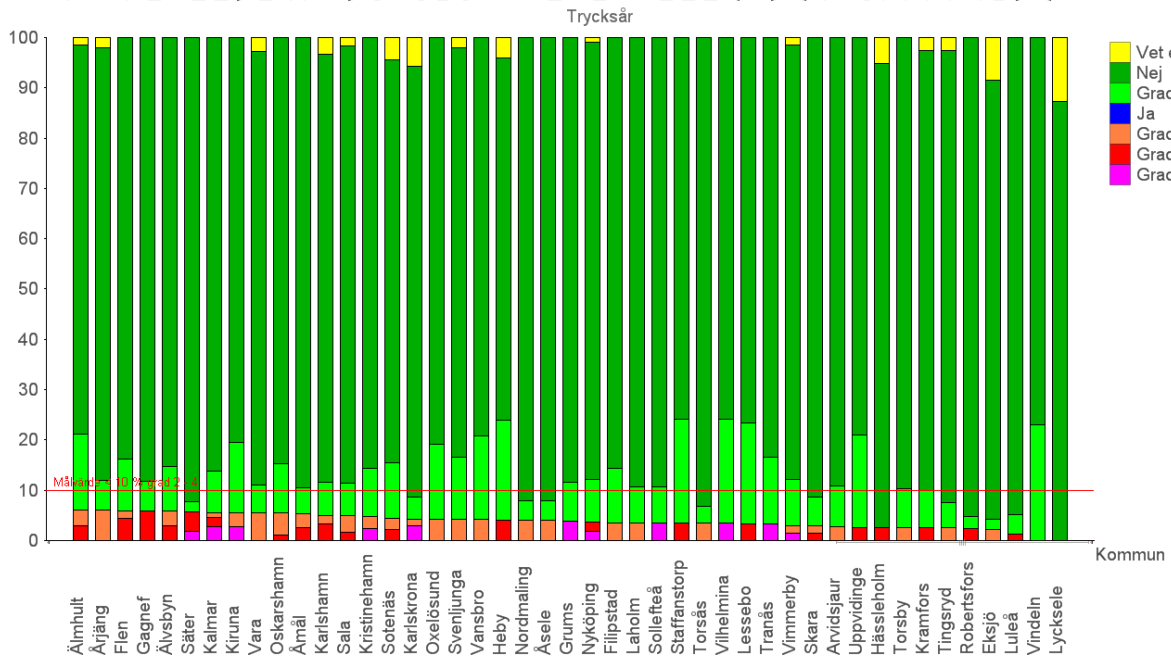
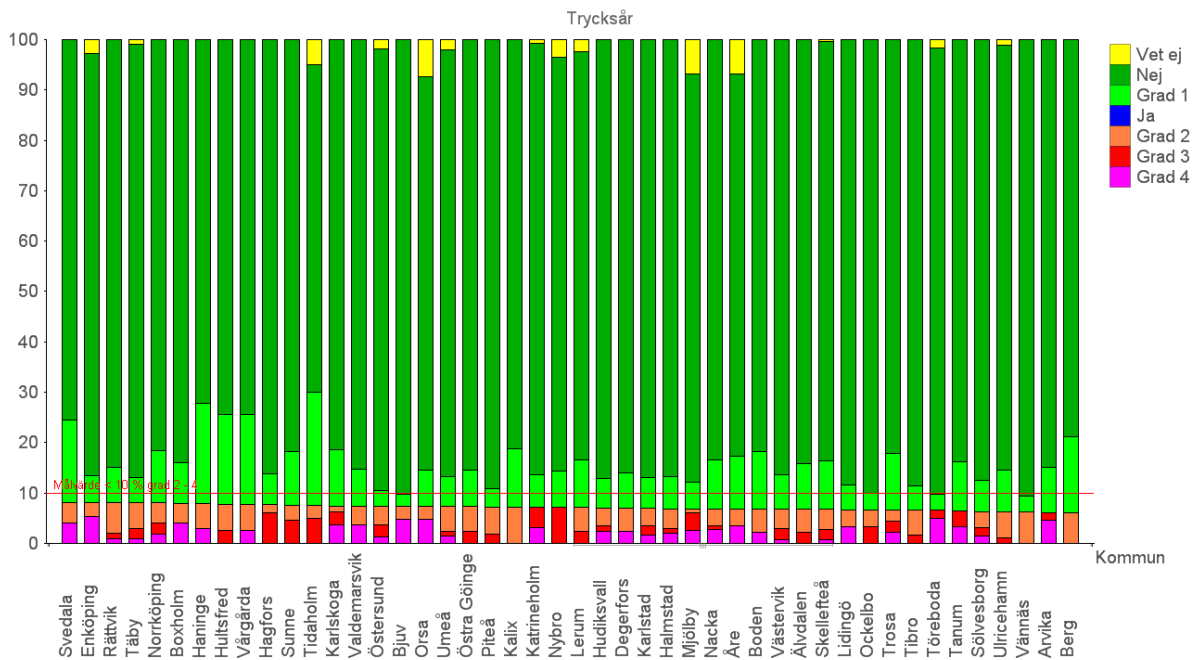


Kommentar ordination: I de allra flesta kommunerna har en stor andel personer en injektionsordination mot smärta. Så många som 96 kommuner når upp till målnivån på minst 90% av de som dör. 13 kommuner har angett 100% vilket är imponerande och tyder på väl inarbetade rutiner. I Partille, Katrineholm, Laholm, Flen och Tjörn finns ordinationen till hands endast i 60-70% av fallen. Detta får ses som anmärkningsvärt då smärtgenombrott är ett av de vanligast förekommande symtomen i livets slutskede och oftast det symptom som de sjuka fruktar mest.

Trycksår

Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på särskilda boenden eller på korttidsplatser oavsett vårdgivare eller huvudman. Kommun avser den kommun som den rapporterade verksamheten har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (både väntade och oväntade) har tagits med. Dödsfall som lett till sk rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 14 333 dödsfall. Sorteringsordningen bestäms av den sammanlagda andelen trycksår grad 2-4 enligt Nortonskalan, dvs med hudskada. Grad 2= blåsbildning eller hudavskrap Grad 3 = hudgenombrott men ej genom muskel Grad 4 = hudgenombrott samt genom/in i muskel, sena och/eller ben.



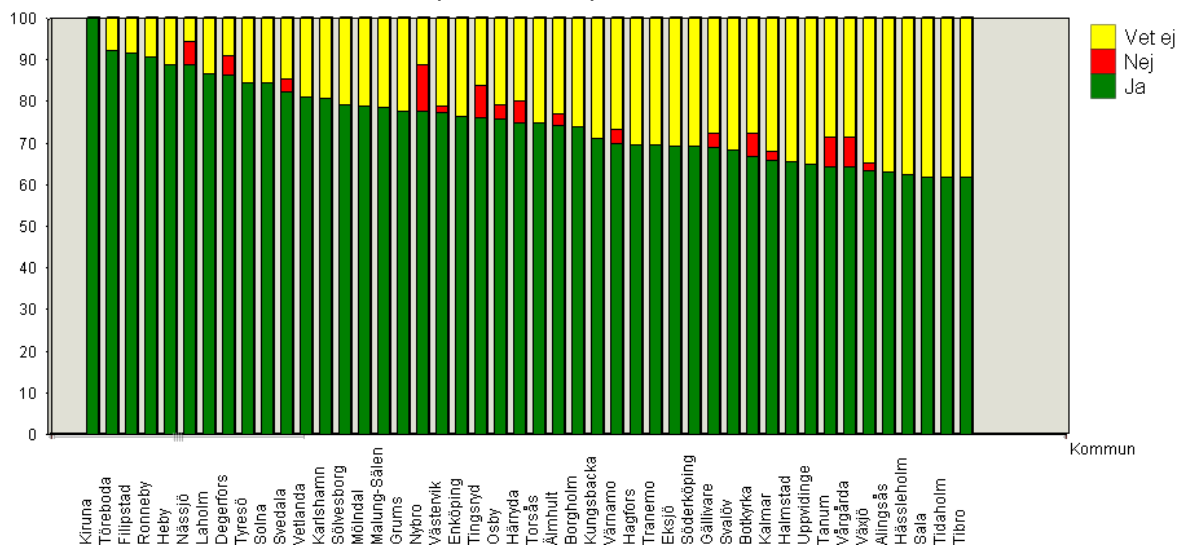


Kommentar trycksår: Målnivån för trycksår med hudskada (grad 2-4) är satt till max 10%. Ovan ser vi att 44 kommuner hamnar ovanför denna nivå och i enstaka fall så högt som 25%. Det stora antalet kommuner som rapporterar trycksårsförekomst på 5% eller lägre (17 st) är intressant, då man kanske här kan hitta exempel på bra rutiner som andra kan kopiera. Noteras bör att trycksårsförekomsten sista veckan i livet inte säger något om var såret uppkommit. En ökad uppmärksamhet på hur hudkostymen ser ut ger en högre andel registrerade sår. För att de högsta siffrorna ska kunna minskas krävs en översyn av rutinerna både på de enskilda enheterna men också i den aktuella vårdkedjan. Om relativ personalbrist kan vara en bidragande faktor till höga siffror kan bara bedömas av enheterna själva. Dessutom måste hela tiden en avvägning göras mellan den döende personens autonoma vilja att ligga på ett visst sätt och trycksårsförebyggande åtgärder (t ex regelbundna lägesändringar).

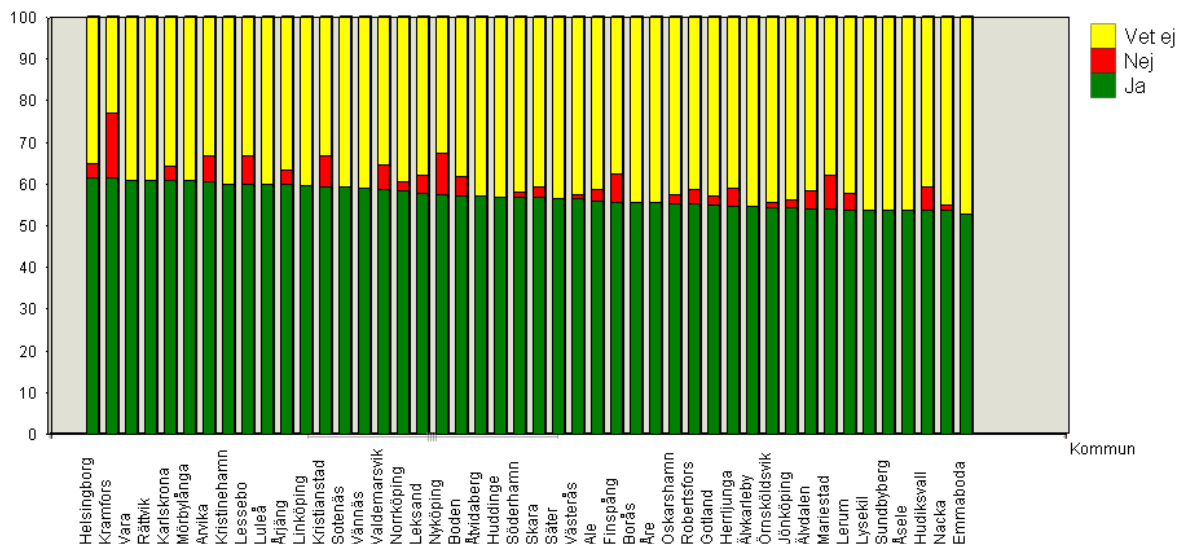
Dödsplats i enlighet med senast kända önskemål

Nedanstående diagram redovisar samlad de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på särskilt boende eller korttidsplats oavsett vårdgivare eller huvudman. Kommun avser den kommun som den rapporterade verksamheten har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Den avlidne skall dessutom ha bedömts ha kvar sin förmåga till självbestämmande inom timmar eller dagar före dödsfallet. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 7 003 dödsfall.

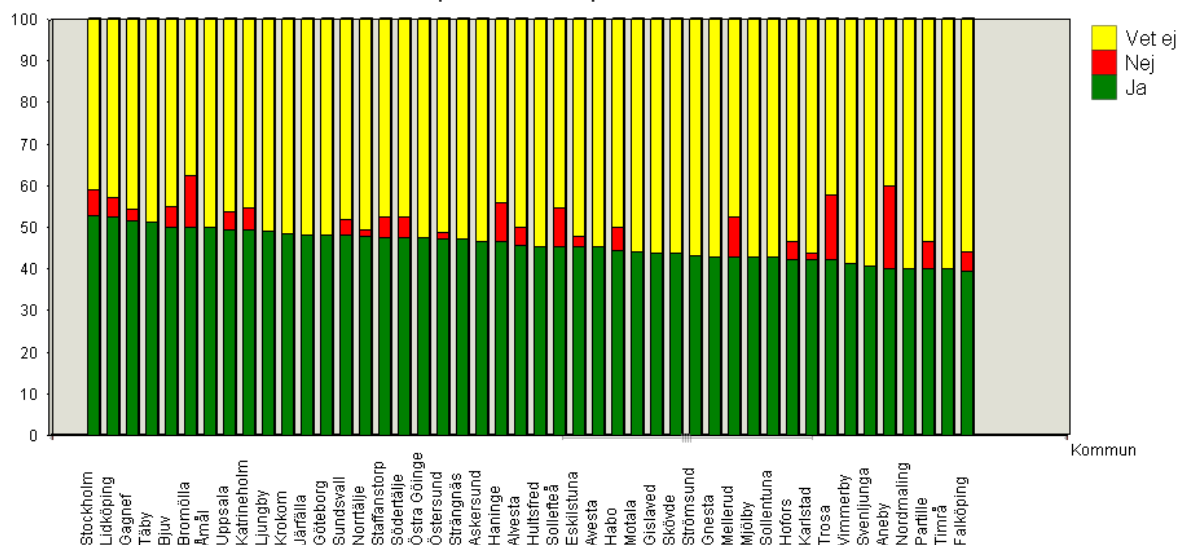
Överrensstämd dödsplatsen med patientens senast uttalade önskan?



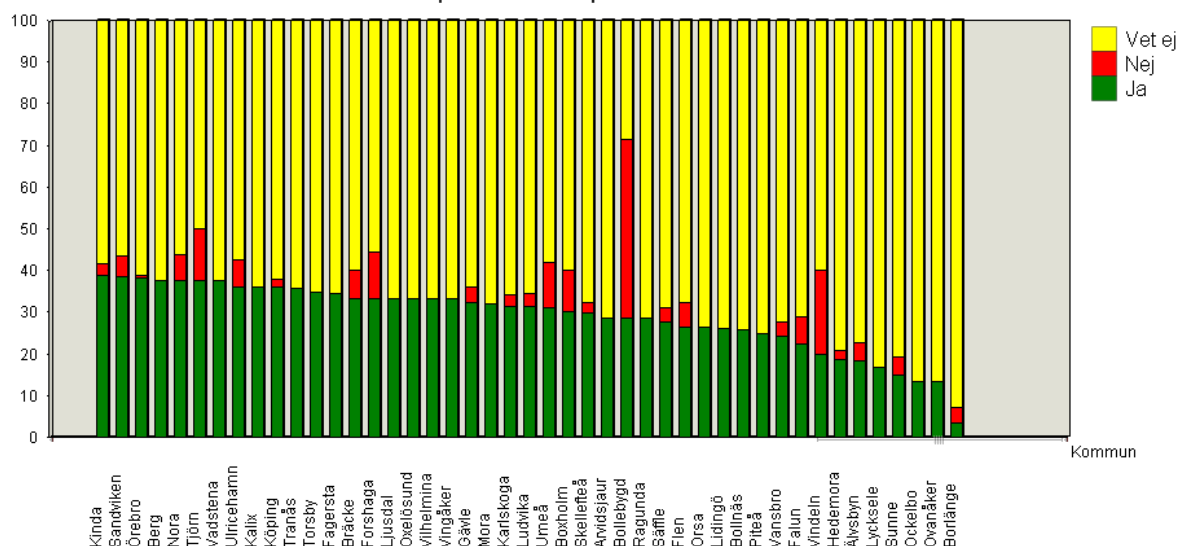
Överrensstämd dödsplatsen med patientens senast uttalade önskan?



Överrensstämd dödssplatsen med patientens senast uttalade önskan?



Överrensstämd dödssplatsen med patientens senast uttalade önskan?



Kommentar dödssplats: Andelen där dödssplatsen överrensstämde med senast uttalade önskan varierar mellan 100% (Kiruna) ner till mindre än 10% (Borlänge). Den stora skillnaden mellan olika kommuner beror på kraftigt varierande andelar där man svarat "vet ej". Tolkningen blir att man på många ställen inte tar upp denna diskussion över huvud taget med den som är sjuk. Noteras bör att bara personer som bedömts ha kvar sitt självbestämmande till timmar/dagar före dödsfallet inkluderats i redovisningen!

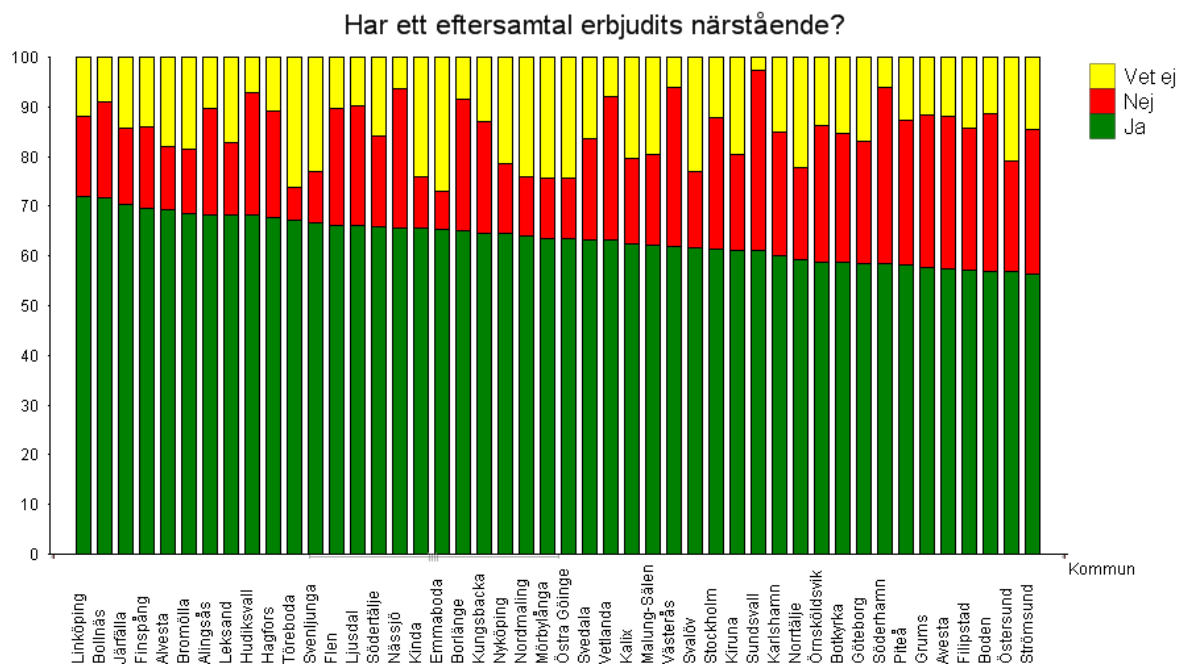
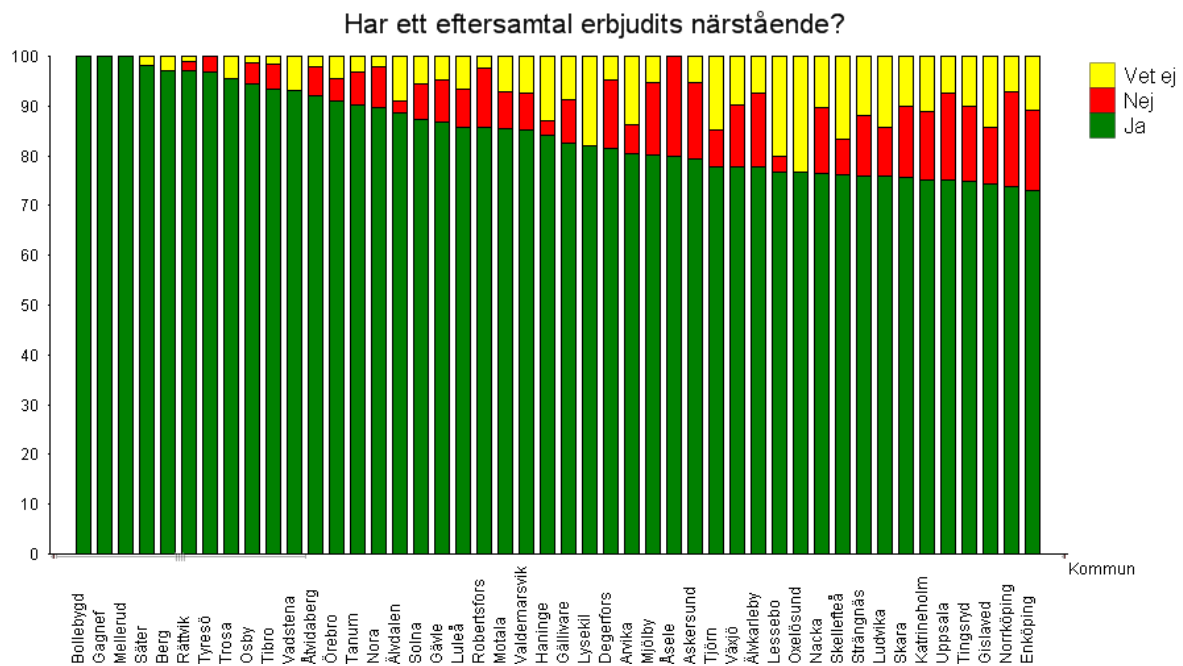
Kommuner med välfungerande rutiner visar att man mycket väl kan veta vad den sjuke har för önskemål om man bara lägger sig vinn om att ta upp frågan. Att det sedan inte alltid går att uppfylla (röda staplar) är naturligt.

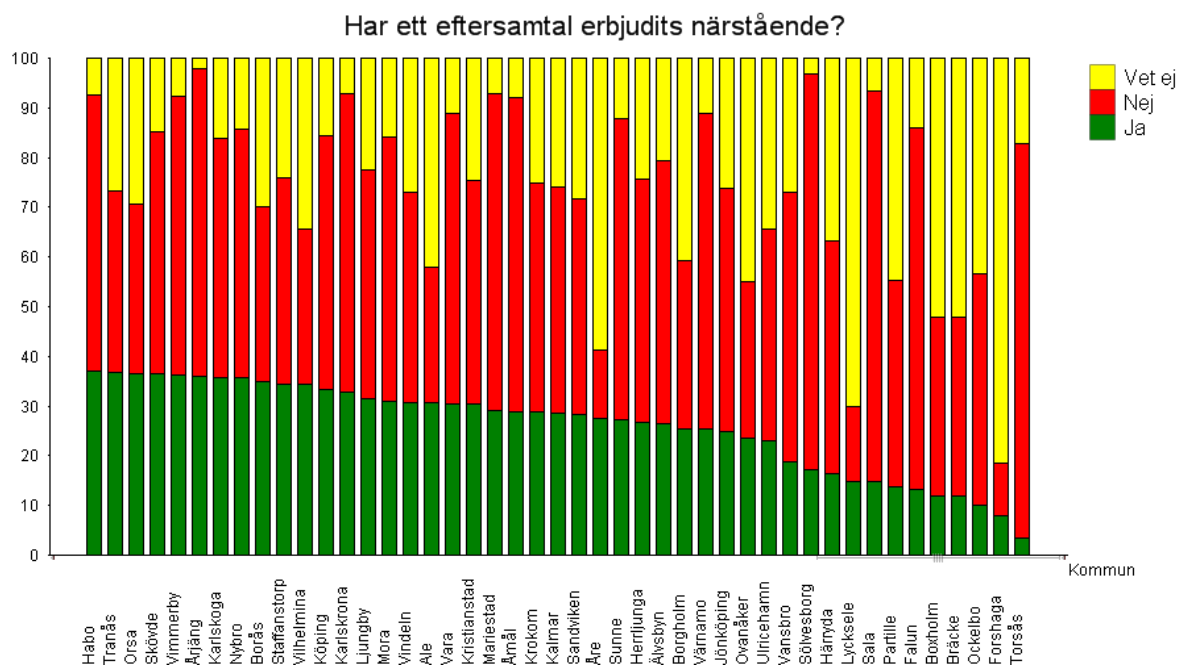
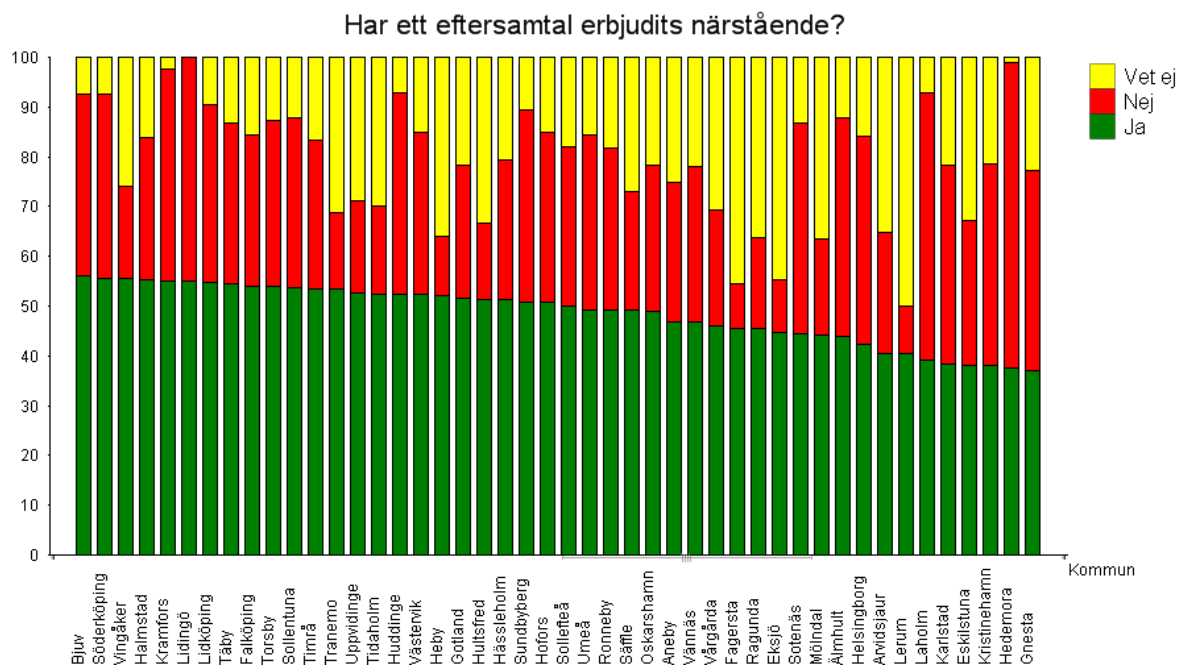
Erbjudande av eftersamtal

Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på särskilda boenden eller på korttidsplatser oavsett vårdgivare eller huvudman.

Kommun avser den kommun som den rapporterade verksamheten har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (både väntade och oväntade) har tagits med. Dödsfall som lett till sk rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 14 333 dödsfall.

Tabellen presenteras med fallande andelar för ja (= grönt), dvs att närstående erbjudits eftersamtal. Det säger ingenting om huruvida samtalet har genomförts eller formerna för och innehållet av ett sådant samtal.



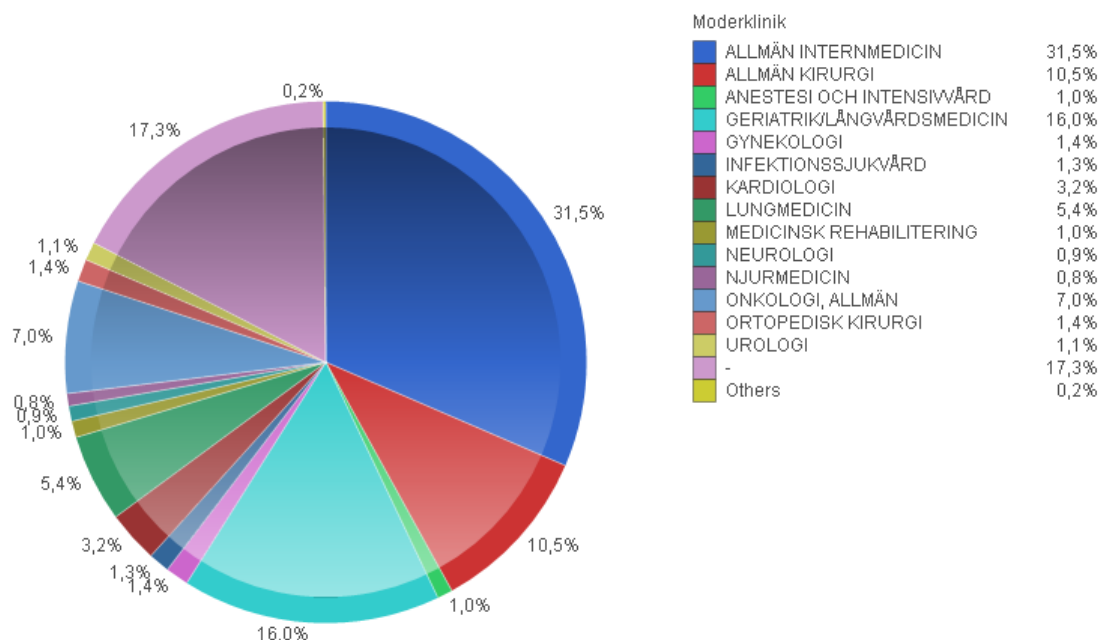


Kommentar eftersamtal: I Bollebygd, Gagnef och Mellerud erbjuds närstående i eftersamtal i 100% av fallen medan detta görs endast i max 10% i Ockelbo, Forshaga och Torsås. Behovet hos närstående att kunna ställa ytterligare frågor om förloppet, göra ett avslut efter en ofta lång kontakt med personalen på boendet och också kunna ge personalen feed-back torde inte variera nämvärt över landet. I vissa fall skulle personalen också kunna fånga upp ett påtagligt behov av professionellt stöd för att komma vidare i sorgearbetet och förmedla kontakt med kurator, diakon, psykosocialt team eller liknande resurs på orten. Att vissa kommuner anger "vet ej" i upp mot 70% av fallen tyder på dåliga dokumentationsrutiner.

Sjukhus

Totalt 6 184 dödsfall har inrapporterats 2010. Av dessa har 5 728 rapporterats från 54 kommuner (401 enheter på sjukhus) med minst 25 rapporterade dödsfall enligt nedanstående tabell.

Fördelning av sjukhusdödsfall mellan kliniker



I nedanstående tabell avser "Kommun" den kommun där den inrapporterande verksamheten ligger, "Antal reg totalt" det totala antalet kompletta registreringar 2010, "Plötsligt" antalet dödsfall som gått till s k rättsmedicinsk obduktion och därmed endast besvarat de allra första frågorna (ingår inte i någon annan statistik), "Oväntat" antalet dödsfall som av vårdpersonalen bedömts som oväntade och därmed inte kan vara föremål för någon vårdplanering inför livets slut, "Väntat" antalet dödsfall som av vårdpersonalen bedömts som väntade och därmed skall vara föremål för en fortlöpande vårdplanering och uppföljning inför livets slut, "Vet ej" antalet dödsfall där vårdpersonalen inte i efterhand kunnat ta ställning till om dödsfallet var väntat samt "Tappat självbestämmande" antalet dödsfall (som redan ingår i de tidigare kolumnerna) där vårdpersonalen bedömt att den avlidne förlorat sin förmåga till självbestämmande och därmed inte kunnat delta i diskussioner om sin vård veckor, månader eller år före dödsfallet.

Kommun	Avdelning	Antal reg totalt	Plötsligt	Oväntat	Väntat	Vet ej	Tappat självbestämmande
TOTALT		5728	81	712	4572	363	436
Alingsås	Alingsås sjukhus avd 5	19	0	2	15	2	0
Alingsås	Alingsås akutkliniken ITVA 80 +	10	1	2	7	0	0
Alingsås	Alingsås kir avd 6	9	0	0	8	1	0
Alingsås	Alingsås palliativ avd 6	12	0	0	11	1	1
Alingsås	Alingsås med avd 9	31	0	0	31	0	5
Alingsås	Alingsås med avd 7	32	2	6	23	1	8
Arvika	Arvika Anopiva avd4	18	3	2	6	7	0
Arvika	Arvika med avd9	18	1	0	13	4	0
Arvika	Arvika ort avd8	1	0	0	1	0	0
Arvika	Arvika kir avd 10	37	3	3	23	8	1

Arvika	Arvika med avd6	48	0	1	26	21	3
Avesta	Avesta ger/rehab	50	0	3	47	0	3
Avesta	Avesta med avd 3	54	1	3	49	1	4
Bollnäs	Bollnäs med 1 avd.4 allm/stroke	10	1	1	8	0	0
Bollnäs	Bollnäs Hamrelunda	2	0	0	2	0	0
Bollnäs	Bollnäs Hällagården	1	0	0	1	0	0
Bollnäs	Bollnäs med 1 avd 5	16	0	2	9	5	1
Bollnäs	Bollnäs Karlslund	1	0	0	1	0	1
Borås	Borås E81	14	1	2	11	0	0
Borås	Borås kava	12	1	1	6	4	0
Borås	Borås med avd 4	6	0	1	5	0	1
Borås	Borås Sjöbo säbo	1	0	0	1	0	1
Borås	Borås hematolog/onkolog avd	76	0	3	72	1	2
Borås	Borås kir/uro/pall avd	52	0	5	46	1	2
Borås	Borås E61	27	2	4	16	5	2
Danderyd	Danderyd geriatrisk	108	2	19	77	10	10
Eksjö	Eksjö med avd 7	21	1	3	16	1	0
Eksjö	Eksjö med avd 10	12	0	0	5	7	0
Eksjö	Eksjö med avd 15	9	0	2	3	4	0
Eksjö	Eksjö Med avd 4	8	0	3	5	0	0
Eksjö	Eksjö kir	7	0	2	4	1	0
Eksjö	Eksjö KK	3	0	0	3	0	0
Eksjö	Eksjö Korttiden	2	0	0	2	0	0
Eksjö	Eksjö Bokbindaren/Ciselören	1	0	0	1	0	0
Eksjö	Eksjö Boken	1	0	0	0	1	0
Eksjö	Eksjö Eldaren/Färgaren	1	0	0	0	1	0
Eksjö	Eksjö Guldsmeden/Hattmakaren	1	0	0	1	0	0
Eksjö	Eksjö Löjtnanten	1	0	0	1	0	0
Eksjö	Eksjö med avd 6	20	1	1	17	1	1
Eksjö	Eksjö med avd 9	11	0	3	7	1	1
Enköping	Enköping SAH/onk mott	2	0	0	2	0	0
Enköping	Enköping Aleris	1	0	0	1	0	1
Enköping	Enköping med avd 1	58	3	1	51	3	4
Enköping	Enköping med avd 2	65	0	15	50	0	9
Eskilstuna	Eskilstuna Mälarsjukhuset HIA	15	0	4	10	1	0
Eskilstuna	Eskilstuna njurmed avd 72	9	0	1	8	0	0
Eskilstuna	Eskilstuna ort avd 17	9	0	4	1	4	0
Eskilstuna	Eskilstuna reuma avd 17	6	0	4	2	0	0
Eskilstuna	Eskilstuna GOR 18	4	0	0	4	0	0
Eskilstuna	Eskilstuna ÖNH 82	2	0	1	1	0	0
Eskilstuna	Eskilstuna Stora Sundby Skogsgläntan	1	0	0	0	1	0
Eskilstuna	Eskilstuna Trumslagargården säbo	1	0	0	1	0	0
Eskilstuna	Eskilstuna Viktoriaenheten sekt 2	1	0	0	1	0	0
Eskilstuna	Eskilstuna kir/urolog avd 81	27	3	2	18	4	1
Eskilstuna	Eskilstuna avd 82 mdg	73	0	7	57	9	2
Eskilstuna	Eskilstuna Viktoriaenheten sekt 1	19	0	2	16	1	2
Eskilstuna	Eskilstuna 72S	9	0	0	9	0	3
Falun	Falun kir 15	24	0	6	18	0	0
Falun	Falun kir 14	12	0	0	12	0	0
Falun	Falun KK	9	0	0	9	0	0

Falun	Falun ger/rehab avd 58	6	0	3	3	0	0
Falun	Falun kardiologi	40	1	5	29	5	1
Falun	Falun med avd 23	36	0	3	31	2	1
Falun	Falun med avd 28	16	0	4	12	0	2
Falun	Falun med avd 24	54	0	3	45	6	4
Falun	Falun infektion	28	0	5	21	2	5
Falun	Falun stroke/neurologi	38	0	2	36	0	6
Gotland	Gotland Visby Fältgatan 79	2	0	0	2	0	0
Gotland	Gotland kir/onk/rådgivning	1	0	0	1	0	0
Gotland	Gotland Romakloster Syrengården	1	0	1	0	0	0
Gotland	Gotland Visby operation/intensivvård	1	0	1	0	0	0
Gotland	Gotland kir/onk/pall enhet	29	0	2	27	0	1
Gotland	Gotland Visby Pjäsen 1+3	2	0	1	1	0	1
Gällivare	Gällivare kir/ort avd 6	9	0	4	4	1	1
Gällivare	Gällivare med avd 8	19	1	1	14	3	2
Gävle	Gävle Lungenheten	26	0	5	20	1	0
Gävle	Gävle kir avd 111B	19	1	2	16	0	0
Gävle	Gävle kir avd 111A	12	0	0	12	0	0
Gävle	Gävle kir avd 112K	9	0	3	6	0	0
Gävle	Gävle kvinnokliniken	8	0	0	8	0	0
Gävle	Gävle ger	5	0	1	3	1	0
Gävle	Gävle Infektion	5	0	1	0	4	0
Gävle	Gävle Andersberg VC	1	0	0	1	0	0
Gävle	Gävle Björkegrenska gården	1	0	0	1	0	0
Gävle	Gävle akut/AVA/ÖNH	10	0	1	8	1	1
Gävle	Gävle ortoped	31	1	20	10	0	2
Gävle	Gävle onkolog	97	0	2	94	1	4
Göteborg	Göteborg JK avd 52	41	1	3	37	0	0
Göteborg	Göteborg med avd 352B	38	0	6	29	3	0
Göteborg	Göteborg SU hematologen avd 141	21	1	3	16	1	0
Göteborg	Göteborg ger avd 38 pall enhet	19	0	1	17	1	0
Göteborg	Göteborg SU lungmedicin	19	0	2	16	1	0
Göteborg	Göteborg JK avd 69	3	0	0	3	0	0
Göteborg	Göteborg SU ger avd 21	3	0	0	3	0	0
Göteborg	Göteborg SU ger avd 603	3	0	1	2	0	0
Göteborg	Göteborg Tynnered Bjöla	2	0	1	1	0	0
Göteborg	Göteborg Västra Frölunda Altplatsen	2	0	0	1	1	0
Göteborg	Göteborg Gerdas Gård	1	0	0	0	1	0
Göteborg	Göteborg Tynnered Toftaåsen	1	0	0	1	0	0
Göteborg	Göteborg Tynnered Åkerhus	1	0	0	1	0	0
Göteborg	Göteborg SU/Östra HIA + EVA	49	0	9	33	7	1
Göteborg	Göteborg SU gyn 68	10	1	2	7	0	1
Göteborg	Göteborg SU ger avd 34	4	0	0	4	0	1
Göteborg	Göteborg Linnéstadens palliativa grupp	1	0	0	1	0	1
Göteborg	Göteborg SU/Östra avd 352A	65	0	6	57	2	2
Göteborg	Göteborg SU onk avd 54	23	0	2	20	1	2
Göteborg	Göteborg SU/Östra MAVA	89	0	8	71	10	8
Göteborg	Göteborg SU/Östra stroke	63	1	3	57	2	10

Göteborg	Göteborg SU/Östra avd 353	94	0	11	81	2	14
Haninge	Haninge Tungelsta Ros Anders Gård	2	0	0	2	0	0
Haninge	Haninge Vendelsö Hagagården	1	0	1	0	0	0
Haninge	Haninge geriatrik avd 1	16	0	2	13	1	1
Haninge	Haninge Västerhaninge Johanneslund B	2	0	1	1	0	1
Haninge	Haninge rehab avd 3	15	0	2	12	1	3
Huddinge	Huddinge Trångsund Stortorp Körsbärsgården	2	0	1	0	1	0
Huddinge	Huddinge ger B74	25	0	3	20	2	1
Huddinge	Huddinge ger B83	17	0	3	14	0	1
Huddinge	Huddinge ger B81	7	0	1	6	0	1
Huddinge	Huddinge Björnkulla	2	0	1	1	0	1
Huddinge	Huddinge ger B72	25	0	3	18	4	2
Huddinge	Huddinge ger R73	4	0	2	2	0	3
Huddinge	Huddinge ger R71	13	0	3	10	0	5
Hudiksvall	Hudiksvall med avd 7	14	0	0	13	1	0
Hudiksvall	Hudiksvall kir	8	1	3	4	0	0
Hudiksvall	Hudiksvall med HIA	4	0	0	4	0	0
Hudiksvall	Hudiksvall med avd 8 A/B	3	0	0	0	3	0
Hudiksvall	Hudiksvall Forsa Forsagården 1+2	1	0	1	0	0	0
Jönköping	Jönköping Ryhov med avd A	8	0	0	8	0	0
Jönköping	Jönköping Huskvarna Rosenhälsans VC	4	0	0	3	1	0
Jönköping	Jönköping Bankeryd VC	3	0	0	3	0	0
Jönköping	Jönköping Kristinedal korttid	2	0	0	2	0	0
Jönköping	Jönköping med/lung/allergi	2	0	0	2	0	0
Jönköping	Jönköping Taberg Fridhäll	2	1	0	1	0	0
Jönköping	Jönköping Ädelstenen Topazen	2	0	1	1	0	0
Jönköping	Jönköping Bondberget	1	0	1	0	0	0
Jönköping	Jönköping Ceciliagården säbo	1	0	0	0	1	0
Jönköping	Jönköping Gränna säbo	1	0	0	0	1	0
Jönköping	Jönköping Havsörnen	1	0	0	1	0	0
Jönköping	Jönköping Huskvarna Ebbesgården	1	0	0	1	0	0
Jönköping	Jönköping Kärrhöken	1	0	0	1	0	0
Jönköping	Jönköping Solsickegatan	1	0	1	0	0	0
Jönköping	Jönköping Stattutgatan	1	0	0	1	0	0
Jönköping	Jönköping ögon/öron	1	0	0	1	0	0
Jönköping	Jönköping medavd E/hjärtvårdavd	12	0	4	8	0	1
Jönköping	Jönköping med vård B	7	0	1	4	2	1
Jönköping	Jönköping Kristinedal	1	0	0	0	1	1
Jönköping	Jönköping ger avd B	33	1	5	27	0	5
Jönköping	Jönköping ger avd A	15	1	2	11	1	6
Jönköping	Jönköping ger avd C	11	1	1	9	0	6
Kalmar	Kalmar kir avd 8	34	0	8	21	5	0
Kalmar	Kalmar kir avd 6	20	5	5	9	1	0
Kalmar	Kalmar Enheten för Palliativ Medicin avd 30	4	0	0	4	0	0
Kalmar	Kalmar med avd 14	23	1	7	15	0	1

Kalmar	Kalmar kir avd 7	13	2	2	8	1	1
Kalmar	Kalmar Riddaren	3	0	3	0	0	1
Kalmar	Kalmar med avd 18	49	0	3	44	2	4
Kalmar	Kalmar med avd 19	49	4	3	35	7	4
Kalmar	Kalmar med hjärtsektion	67	0	11	54	2	7
Kalmar	Kalmar med avd 15	57	0	3	52	2	7
Kalmar	Kalmar ger avd 32	33	1	6	22	4	7
Karlshamn	Karlshamn med avd 9/palliativ	1	0	0	1	0	0
Karlshamn	Karlshamn med avd 8	57	0	4	40	13	4
Karlshamn	Karlshamn med avd 9	54	0	6	47	1	4
Karlskoga	Karlskoga palliativa konsultteamet	28	0	2	26	0	0
Karlskoga	Karlskoga Bergmästaren/Österbylaget hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Karlskoga	Karlskoga Lötängen	1	0	0	1	0	0
Karlskoga	Karlskoga Treklövern	1	0	0	1	0	0
Karlskrona	Karlskrona kir/kärl/bröst	11	1	0	9	1	0
Karlskrona	Karlskrona kir/urologi	5	0	1	4	0	0
Karlskrona	Karlskrona Fridlevstad/Skogsglantan	1	0	1	0	0	0
Karlskrona	Karlskrona kir/KAVA	5	0	0	3	2	1
Karlskrona	Karlskrona kir/övre nedre GI	35	1	1	33	0	3
Karlstad	Karlstad onk	23	1	2	19	1	0
Karlstad	Karlstad njurmed avd 20	2	0	0	2	0	0
Karlstad	Karlstad Källan	1	0	1	0	0	0
Karlstad	Karlstad Pelargården	1	0	0	1	0	0
Karlstad	Karlstad palliativa enheten	53	0	0	51	2	1
Karlstad	Karlstad med avd 8	7	0	1	6	0	1
Karlstad	Karlstad Rud	1	0	0	1	0	1
Karlstad	Karlstad Intensiv	18	1	16	0	1	3
Karlstad	Karlstad kir avd 5	33	1	5	26	1	4
Katrineholm	Katrineholm Kullbergska sjukh. avd 2A	8	0	0	8	0	0
Katrineholm	Katrineholm Kullbergska sjukh. avd 2B	26	0	4	20	2	1
Katrineholm	Katrineholm Kullbergska sjukh. avd 3	1	0	0	0	1	1
Katrineholm	Katrineholm vårdplatsenh. avd 1	52	0	3	46	3	9
Kiruna	Gemensam vårdenhet	32	1	2	26	3	4
Kristianstad	Kristianstad med lung/gastro	5	0	2	3	0	0
Kristianstad	Kristianstad Hjärtebacken	2	0	1	0	1	0
Kristianstad	Kristianstad Björken	1	0	0	1	0	0
Kristianstad	Kristianstad Snapphane	1	0	0	1	0	0
Kristianstad	Kristianstad Östergård/Pionen	1	0	0	0	1	0
Kristianstad	Kristianstad med avd 123	35	0	2	33	0	1
Kristianstad	Kristianstad kir 61/62	20	0	0	20	0	1
Kristianstad	Kristianstad Färlöv Almhaga säbo	1	0	0	1	0	1
Kungälv	Kungälv ger/rehab avd 5	23	0	3	19	1	0
Kungälv	Kungälv ger/rehab avd 6	26	0	2	23	1	4
Lidköping	Lidköping med 4	52	1	3	45	3	1
Lidköping	Lidköping med 5	15	1	0	14	0	1
Lidköping	Lidköping Tolsjö Tolsjöhemmet	1	0	1	0	0	1

Linköping	Linköping med 6	39	0	3	35	1	4
Lindesberg	Lindesberg kir avd 4	31	0	1	30	0	0
Linköping	Linköping lungmed avd 61	22	0	2	20	0	0
Linköping	Linköping onkolog	9	1	1	7	0	0
Linköping	Linköping hematolog	2	1	0	1	0	0
Linköping	Linköping njur med	2	0	0	2	0	0
Linköping	Linköping Duvan 5	1	0	0	1	0	0
Linköping	Linköping Gottfridsberg	1	0	0	1	0	0
Linköping	Linköping Kanalgården	1	0	1	0	0	0
Linköping	Linköping Möjetorp	1	0	0	1	0	0
Linköping	Linköping Råknestickan	1	0	1	0	0	0
Linköping	Linköping Skäggetorp	1	0	1	0	0	0
Linköping	Linköping Vikingstad Gammelgården	1	0	1	0	0	0
Linköping	Linköping ger avd 81	4	0	1	3	0	1
Linköping	Linköping Kastanjen	1	0	0	1	0	1
Linköping	Linköping Landeryds vårdbooster	1	0	0	1	0	1
Linköping	Linköping ger kliniken	33	1	2	28	2	4
Ljungby	Ljungby med avd 3	20	0	6	13	1	0
Ljungby	Ljungby Björkäng	1	0	0	1	0	0
Ljungby	Ljungby Brunnsgården	1	0	1	0	0	0
Ljungby	Ljungby Lidhult hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Ljungby	Ljungby med avd 4	20	0	1	19	0	2
Ljusdal	Ljusdal Närvårdsavdelningen Ljusdals VC	34	0	2	32	0	0
Ljusdal	Ljusdal Närvårdsavdelningen korttid Ljusdals VC	1	1	0	0	0	0
Ludvika	Ludvika Sunnansjö Solgärde	1	0	1	0	0	0
Ludvika	Ludvika med/ger	38	1	2	30	5	2
Ludvika	Ludvika ger/rehab avd 2	19	0	1	16	2	3
Luleå	Luleå Sunderby lung med	27	0	0	27	0	0
Luleå	Luleå KK avd 49	3	0	0	3	0	0
Luleå	Luleå Sunderby med avd 63	3	0	0	3	0	0
Luleå	Luleå Per Hindersa	1	0	1	0	0	0
Luleå	Luleå gerriatrik/rehab	6	0	2	4	0	1
Luleå	Luleå med/rehab/stroke	6	0	1	5	0	1
Luleå	Luleå Sunderby Inf/Hud avd 35	6	0	0	6	0	1
Mark	Mark Skene med avd 4	18	0	1	17	0	3
Mark	Mark Skene med/kir/ort	14	1	2	11	0	4
Mora	Mora med avd 50	16	0	4	11	1	0
Mora	Mora Kir	5	0	3	2	0	0
Mora	Mora Tomtebogården	2	0	0	2	0	0
Mora	Mora med avd 61	6	0	0	6	0	1
Motala	Motala med avd 10,HIA/MIMA	15	0	6	8	1	0
Motala	Motala med avd 13	8	0	0	7	1	0
Motala	Motala Borensberg Svanen	1	0	1	0	0	0
Motala	Motala med avd 14	22	0	4	18	0	1
Nacka	Nacka ger avd 52	8	0	0	8	0	0
Nacka	Nacka Danvikshem	1	0	0	1	0	0
Nacka	Nacka Sjötäppan	1	0	1	0	0	0
Nacka	Nacka ger avd 62	18	0	6	12	0	1

Nacka	Nacka Saltsjö-Boo Sarvträsk	1	0	0	1	0	1
Norrköping	Norrköping Vrinnevisjukhus med avd 3	22	0	7	15	0	0
Norrköping	Norrköping Borgmästaregården	2	0	1	1	0	0
Norrköping	Norrköping John och Mathilda Lennings Sjukhem	1	0	1	0	0	0
Norrköping	Norrköping S:t Persgatan 134	1	0	0	0	1	0
Norrköping	Norrköping Skärblacka Vickelbygård	1	0	0	1	0	0
Norrköping	Norrköping Kolmården Valhallavägen 1 A	2	0	0	2	0	1
Norrköping	Norrköping Höjden	1	0	0	1	0	1
Nyköping	Nyköping Rehab avd 3	19	0	8	11	0	0
Nyköping	Nyköping vårdplatsenh avd 10	16	0	5	9	2	0
Nyköping	Nyköping Arken	1	0	0	1	0	0
Nyköping	Nyköping Fruängskällan demens	1	0	0	1	0	0
Nyköping	Nyköping vårdplatsenh avd 8	44	0	8	35	1	1
Nyköping	Nyköping vårdplatsenh avd 4	6	0	0	6	0	1
Nyköping	Nyköping kvinnoavd.	3	0	0	3	0	1
Nyköping	Nyköping avd 9	26	1	4	19	2	2
Nyköping	Nyköping avd 7	80	0	12	65	3	3
Oskarshamn	Oskarshamn med avd 41	17	0	5	11	1	0
Oskarshamn	Oskarshamn IVA	14	0	4	10	0	0
Oskarshamn	Oskarshamn kir avd 7	26	0	0	25	1	1
Oskarshamn	Oskarshamn med avd 4	21	0	3	18	0	3
Oskarshamn	Oskarshamn med avd 40	19	0	1	18	0	6
Piteå	Piteå med 3b	11	0	0	11	0	0
Piteå	Piteå med 2a	7	0	1	5	1	0
Piteå	Piteå med 2b	6	0	2	4	0	0
Piteå	Piteå med 7b	5	0	3	2	0	0
Piteå	Piteå med 3a	3	0	0	3	0	0
Skövde	Skövde med hema	38	1	1	34	2	0
Skövde	Skövde med 2	37	0	1	36	0	0
Skövde	Skövde KK	19	0	0	18	1	0
Skövde	Skövde med gastro	19	0	1	15	3	0
Skövde	Skövde njurmed avd 55	13	0	1	11	1	0
Skövde	Skövde Finlandia	1	1	0	0	0	0
Skövde	Skövde Havstena/Billingen	1	0	0	1	0	0
Skövde	Skövde Hentorp	1	0	0	1	0	0
Skövde	Skövde Normalm	1	0	1	0	0	0
Skövde	Skövde Norrmalm/Trängen	1	0	1	0	0	0
Skövde	Skövde Skaraborgs läns sjukhem	3	0	0	2	1	1
Skövde	Skövde kir 71-72	98	0	4	94	0	3
Stockholm	Stockholm ger avd 81	13	1	3	7	2	0
Stockholm	Stockholm ger avd 72	6	0	0	6	0	0
Stockholm	Stockholm Pilträdet	6	0	6	0	0	0
Stockholm	Stockholm Dalens sjukhus ger avd 72	3	0	0	3	0	0

Stockholm	Stockholm Fridhemmet	3	1	1	1	0	0
Stockholm	Stockholm Dalahöjden	2	0	0	2	0	0
Stockholm	Stockholm Serafens äldreboende	2	0	0	2	0	0
Stockholm	Stockholm Akalla	1	0	0	1	0	0
Stockholm	Stockholm ASIH Långbro Park pall avd	1	0	0	1	0	0
Stockholm	Stockholm Kampementet	1	0	0	0	1	0
Stockholm	Stockholm Långbrogården	1	0	1	0	0	0
Stockholm	Stockholm SSH palliativ öppenvård	1	0	0	1	0	0
Stockholm	Stockholm Ängsö gruppboende	1	0	1	0	0	0
Stockholm	Stockholm Dalens sjukhus ger avd 52	26	0	3	21	2	1
Stockholm	Stockholm Alströmerhemmet 3-6	2	0	0	2	0	1
Stockholm	Stockholm Linnégården	2	0	0	2	0	1
Stockholm	Stockholm St Erik	1	0	1	0	0	1
Stockholm	Stockholm Dalens sjukhus ger avd 71	16	0	0	16	0	2
Stockholm	Stockholm Järfälla Jakobsbergsgger.	21	0	6	14	1	3
Stockholm	Stockholm ger avd 71	22	0	3	19	0	4
Stockholm	Stockholm ger avd 61	44	0	10	34	0	5
Stockholm	Stockholm Dalens sjukhus ger avd 51	25	0	1	24	0	6
Stockholm	Stockholm Dalens sjukhus ger avd 82	29	0	6	22	1	7
Stockholm	Stockholm SSH palliativ slutenvård	29	0	1	28	0	10
Stockholm	Stockholm ger avd 82	20	0	5	15	0	12
Sundsvall	Sundsvall med hematolog	16	0	3	12	1	0
Sundsvall	Sundsvall Infektion	10	0	3	5	2	0
Sundsvall	Sundsvall Internmedicinsk centrum	8	0	1	7	0	0
Sundsvall	Sundsvall pall kir/uro 13 a	6	0	2	3	1	0
Sundsvall	Sundsvall pall onk avd 13 a	5	0	0	5	0	0
Sundsvall	Sundsvall cardiologen avd 9	4	1	0	2	1	0
Sundsvall	Sundsvall Ger rehab 26b	3	0	1	2	0	0
Sundsvall	Sundsvall Kvissleby Tingsta	3	0	2	1	0	0
Sundsvall	Sundsvall med	7	0	2	5	0	1
Sundsvall	Sundsvall Tomtegränd	2	0	2	0	0	1
Sundsvall	Sundsvall Reh/Akut	28	0	1	24	3	8
Torsby	Torsby avd 3A	27	0	3	20	4	0
Torsby	Torsby avd 4B	8	0	2	5	1	0
Torsby	Torsby Ljuspunkten	20	0	1	19	0	1
Torsby	Torsby avd 4A	12	0	1	10	1	2
Torsby	Torsby avd 3B	22	0	0	22	0	6
Umeå	Umeå hjärt/thorax intensiv	4	0	4	0	0	0
Umeå	Umeå Cancercentrum hematolog	2	0	0	2	0	0
Umeå	Umeå Hjärtcentrum Kardiolog	2	0	0	2	0	0
Umeå	Umeå Aktrisen	1	1	0	0	0	0
Umeå	Umeå Haga demens	1	0	1	0	0	0
Umeå	Umeå hjärt/thorax vård	1	0	1	0	0	0

Umeå	Umeå Cancercentrum/Onkologi	23	0	4	19	0	1
Umeå	Umeå ger avd 1	8	0	3	4	1	1
Umeå	Umeå lung/allergi	24	0	2	22	0	2
Uppsala	Uppsala lung/allergi avd 50E	18	0	2	15	1	0
Uppsala	Uppsala 35D MITA	3	0	0	3	0	0
Uppsala	Uppsala ger 70C2	3	0	2	1	0	0
Uppsala	Uppsala onk avd 78c	3	0	0	3	0	0
Uppsala	Uppsala Stenhagen	3	0	3	0	0	0
Uppsala	Uppsala Tunåsen säbo	2	0	2	0	0	0
Uppsala	Uppsala Myrbergiska gården	1	0	0	1	0	0
Uppsala	Uppsala Rondellen	1	0	1	0	0	0
Uppsala	Uppsala ger 85A	3	1	1	1	0	1
Uppsala	Uppsala Årstagården	1	0	0	1	0	1
Uppsala	Uppsala ger 30 A	20	1	3	15	1	2
Uppsala	Uppsala Gillbergiska huset	2	0	0	2	0	2
Uppsala	Uppsala infektion 30F	35	1	3	26	5	4
Värnamo	Värnamo kir avd A	11	0	0	8	3	0
Värnamo	Värnamo med avd c	9	0	0	1	8	0
Värnamo	Värnamo med avd d	9	0	1	1	7	0
Värnamo	Värnamo med avd b	7	0	0	3	4	0
Värnamo	Värnamo palliativa vårdenheten	7	0	0	7	0	0
Värnamo	Värnamo kir avd B	6	0	0	6	0	0
Värnamo	Värnamo med avd a	5	0	1	3	1	0
Värnamo	Värnamo ortopedklinik	3	0	0	3	0	1
Värnamo	Värnamo ger	19	0	1	18	0	3
Västervik	Västervik med avd 5	62	0	7	54	1	0
Västervik	Västervik rehab/geriatrik	24	1	4	19	0	0
Västervik	Västervik KK	7	1	0	6	0	0
Västervik	Västervik kir avd 1	5	0	2	3	0	0
Västervik	Västervik ortoped	4	0	2	2	0	0
Västervik	Västervik barn	1	0	1	0	0	0
Västervik	Västervik kir avd 2	21	1	0	19	1	1
Västervik	Västervik med avd 4	50	0	4	42	4	4
Västerås	Västerås Flodinsgården	1	0	0	1	0	0
Västerås	Västerås Hammarby	1	0	0	1	0	0
Västerås	Västerås Ankaret	2	0	1	0	1	1
Västerås	Västerås Södergården	2	0	0	2	0	1
Västerås	Västerås Daggrosen	1	0	0	1	0	1
Västerås	Västerås Hagalidsgården	1	0	0	0	1	1
Västerås	Västerås Rösegården demens	1	0	1	0	0	1
Västerås	Västerås onk avd 80	26	0	0	25	1	2
Västerås	Västerås Piffinksgården	3	0	2	1	0	2
Växjö	Växjö Akutgeriatriken	29	1	6	22	0	0
Växjö	Växjö Inf avd 17	7	1	1	5	0	0
Växjö	Växjö med stroke	3	0	0	2	1	0
Växjö	Växjö Birkagården	1	0	1	0	0	0
Växjö	Växjö gynnenheten avd 8	1	0	0	1	0	0
Växjö	Växjö Rottne Sörgården	1	0	0	1	0	0
Växjö	Växjö med avd5	23	0	2	19	2	1
Växjö	Växjö Onk avd 40	8	0	0	8	0	1
Växjö	Växjö med avd3	4	0	0	4	0	1
Växjö	Växjö Borgmästaren	1	0	1	0	0	1
Växjö	Växjö MEC med avd1/HIA	10	0	2	7	1	2
Ängelholm	Ängelholm med avd 11	16	0	2	14	0	0

Ängelholm	Ängelholm rehab/ger	5	0	0	5	0	0
Ängelholm	Ängelholm med avd 23	16	0	1	13	2	1
Östersund	Östersund KK	10	0	0	10	0	0
Östersund	Östersund med/stroke	8	0	1	7	0	0
Östersund	Östersund Brunflo Löjtnantsgården	1	0	1	0	0	0
Östersund	Östersund HIA	1	0	0	1	0	0
Östersund	Östersund Storsjögläntan hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Östersund	Östersund Valla	1	0	0	1	0	0
Östersund	Östersund lung med.	50	0	6	41	3	1
Östersund	Östersund kir avd 413	31	0	4	25	2	1
Östersund	Östersund kir avd 213	22	0	3	17	2	1
Östersund	Östersund kir avd 211	14	0	1	13	0	1
Östersund	Östersund med avd 210	14	0	4	10	0	3
Östersund	Östersund med avd 408	47	0	4	41	2	4

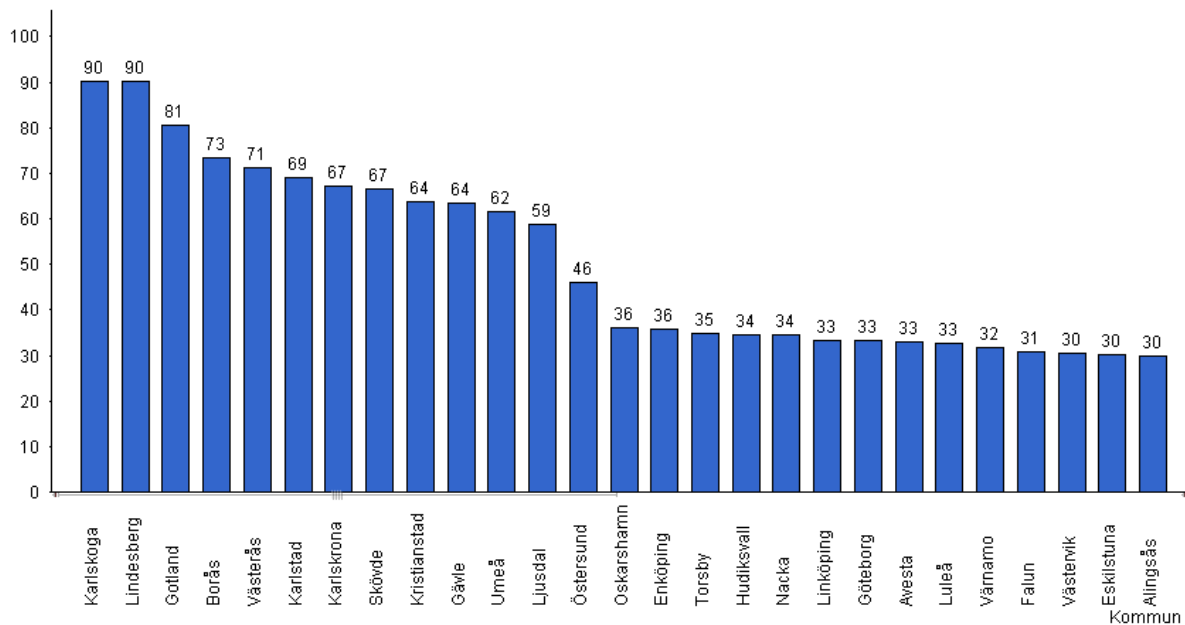
Kommentar: Det är glädjande att se att antalet registreringar på sjukhus har ökat markant sedan förra året (+56 %). Flera sjukhus ger intrycket att ha aktivitet nästan på samtliga kliniker t ex Eskilstuna, Oskarshamn, Piteå, Västervik, Värnamo, Östersund. En del av våra största sjukhus lyser tyvärr fortfarande med sin frånvaro, t ex Karolinska sjukhuset, Södersjukhuset, universitetssjukhusen i Lund, Malmö och Örebro. Danderyd och Huddinge har enstaka aktiva enheter framför allt inom geriatriken. Med tanke på dessa sjukhus stora utbildningsansvar för kommande generationers läkare och sjuksköterskor är frånvaron av systematisk uppföljning av det palliativa vårdinnehållet som erbjuds på dessa enheter alarmerande.

Andelen oväntade dödsfall var 14 % och andelen som förlorat sin förmåga till självbestämmande tidigare än timmar eller dagar före dödsfallet var 8 %. Detta skulle innebära att 85 – 90 % av alla som dör på sjukhus borde kunna erbjudas ett gott palliativt vårdinnehåll inklusive bl a information, symtomlindring och närståendestöd.

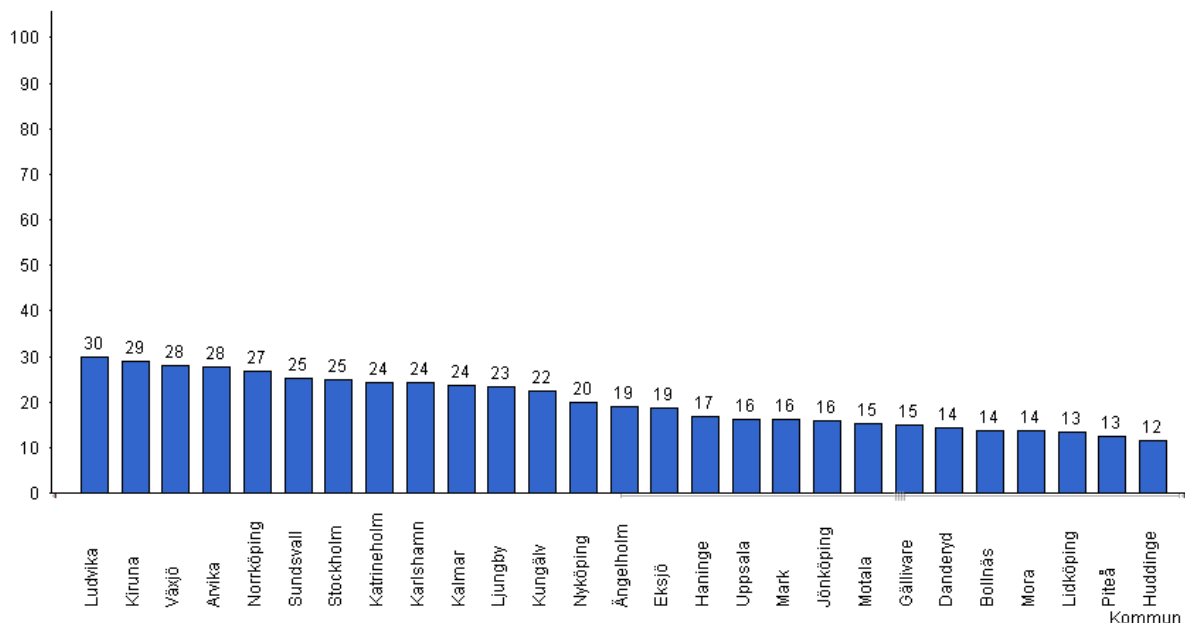
Cancerandel

Nedanstående diagram redovisar den procentuella andel som enligt dödsfallsenkäten avlidit på en vanlig sjukhusavdelning oavsett huvudman. Specialiserade palliativa sjukhusavdelningar ingår inte utan redovisas under rubriken "Specialiserade palliativa slutenvårdsenheter". Kommun avser den kommun som den rapporterade sjukhusavdelningen har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (både väntade och oväntade) har tagits med. Dödsfall som lett till sk rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 5 647 dödsfall.

Andel avlidna med cancerdiagnos



Andel avlidna med cancerdiagnos

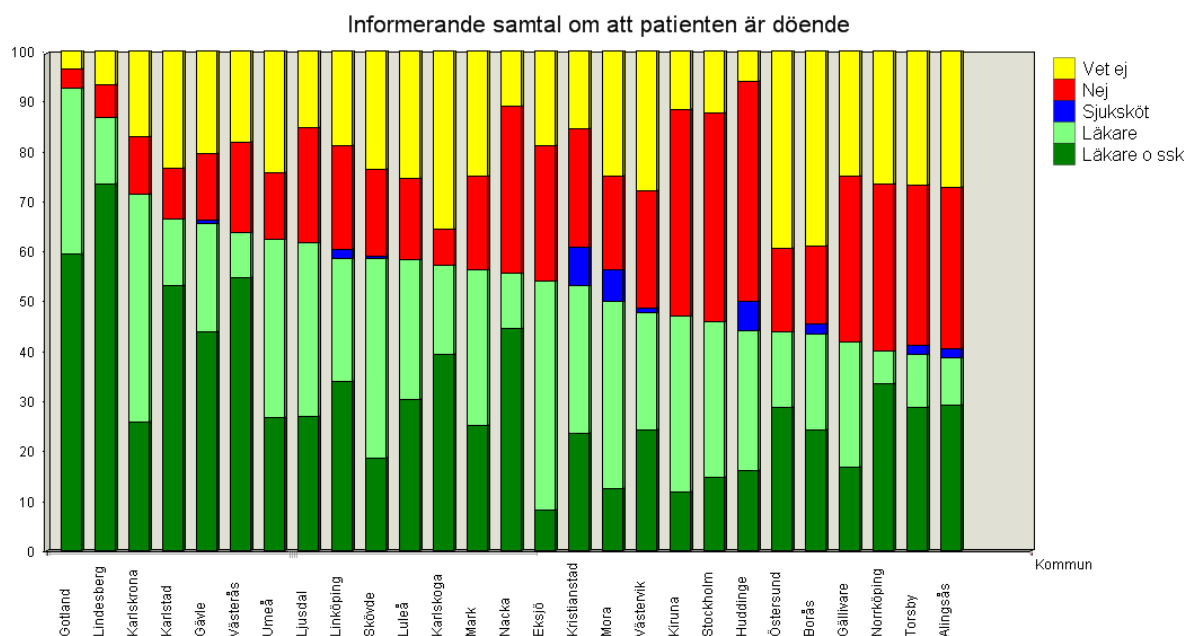


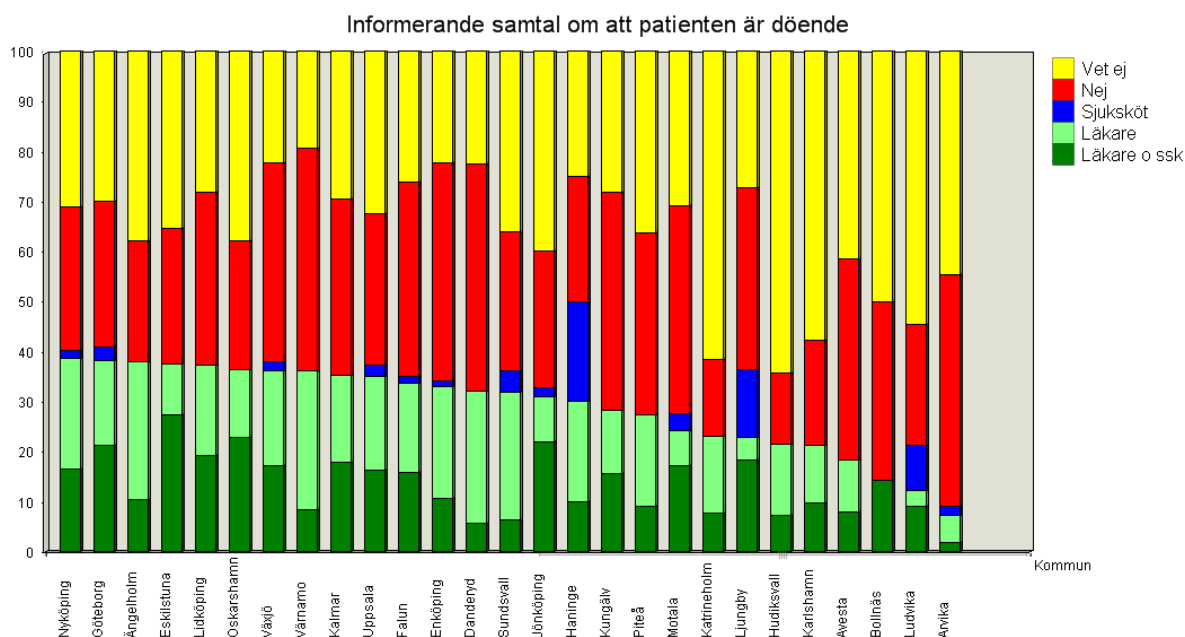
Kommentar cancerandel: Andelen cancer varierar mycket beroende på vilka sjukhuskliniker på respektive sjukhus som är aktiva i registret. På sjukhusen med de

lägre siffrorna dominerar medicinska verksamheter medan medverkan av kirurgiska och onkologiska avdelningar höjer andelen som dör i cancer. Viktigt är att notera att den palliativa vården i livets slutskede på sjukhus oftast handlar om patienter med andra sjukdomar än cancer.

Information till den döende

Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på en vanlig sjukhusavdelning oavsett huvudman. Specialiserade palliativa sjukhusavdelningar ingår inte utan redovisas under rubriken "Specialiserade palliativa slutenvårdsenheter". Kommun avser den kommun som den rapporterade sjukhusavdelningen har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Den avlidne skall dessutom ha bedömts ha kvar sin förmåga till självbestämmande inom timmar eller dagar före dödsfallet. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 3 577 dödsfall.



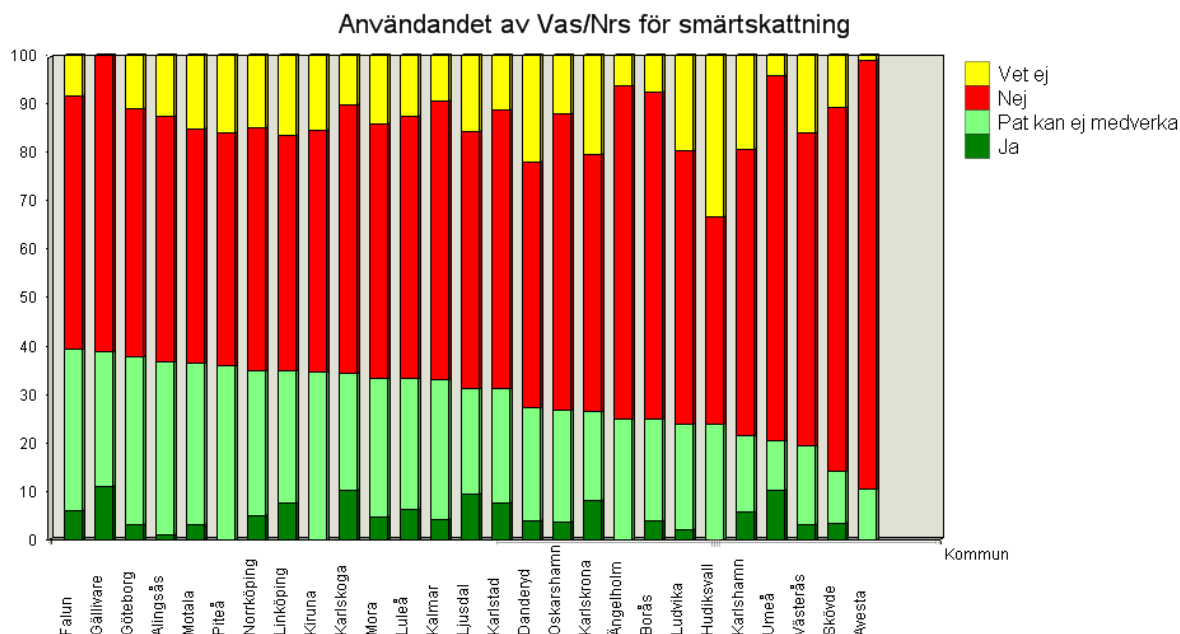
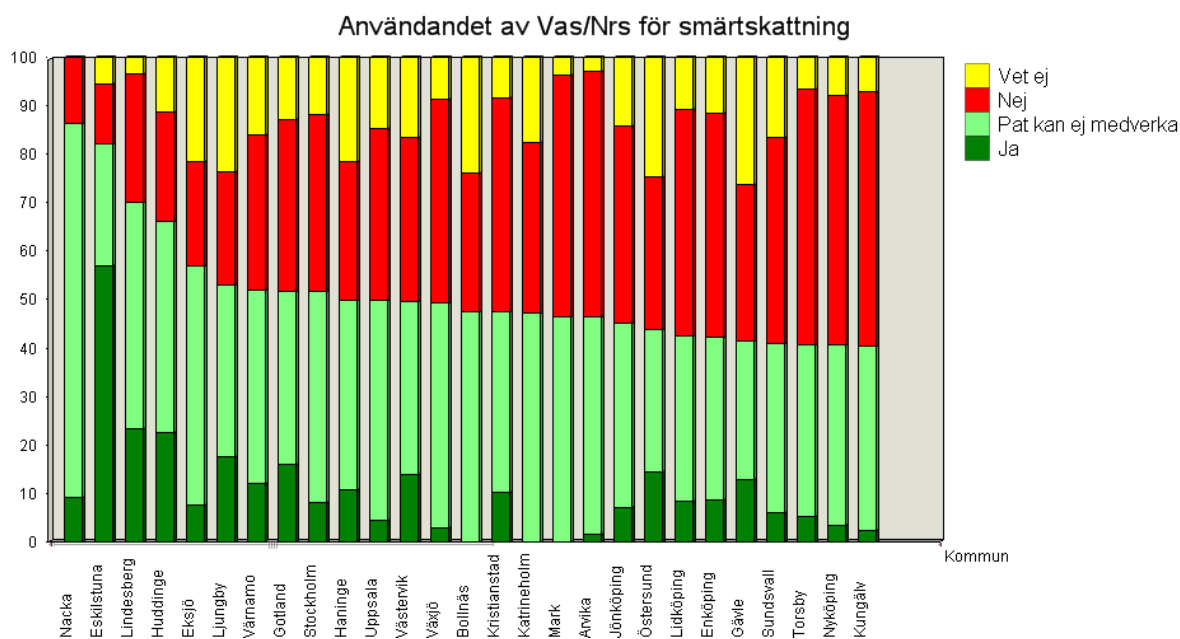


Kommentar information: Slående är de mycket stora variationerna mellan olika sjukhus vad gäller andelen personer som fått ett informerande läkarsamtal. Andelen varierar mellan cirka 90% i Gotland och Lindesberg ner till cirka 10% i Ludvika och Arvika.

Läkaren har enligt Hälso- och sjukvårdslagen ansvaret för att informera den sjuke om diagnos, prognos och behandlingsalternativ. Denna information är en oavvislig förutsättning för att den sjuke ska kunna fatta autonoma beslut om hur man vill inrätta sitt liv sista tiden i livet. Det optimala (och lagstadgade) är att denna typ av information förmedlas av ansvarig läkare. Ansvarig sjuksköterska kan sedan fånga upp hur den sjuke hanterar informationen, bistå med förtydliganden och notera när ytterligare frågor behöver tas upp med läkaren. Att "vet ej"-staplarna (gula) i vissa fall går upp mot 50% är ett uttryck för bristande dokumentationsrutiner.

Smärtskattning med VAS/NRS

Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på en vanlig sjukhusavdelning oavsett huvudman. Specialiserade palliativa sjukhusavdelningar ingår inte utan redovisas under rubriken "Specialiserade palliativa slutenvårdsenheter". Kommun avser den kommun som den rapporterade sjukhusavdelningen har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 4 572 dödsfall.



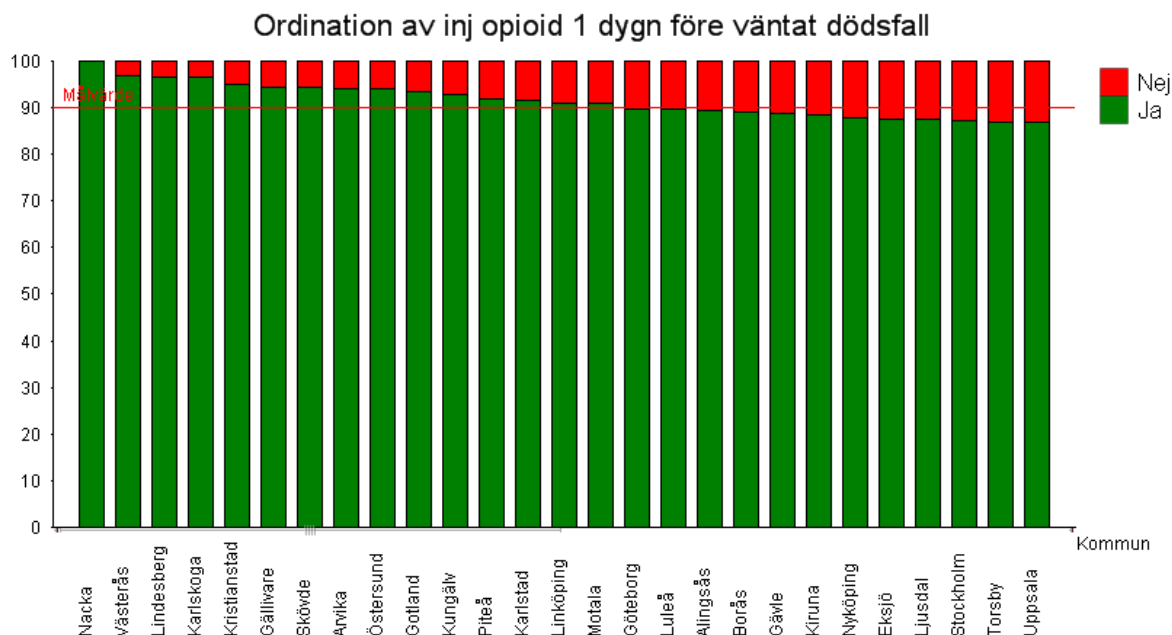
Kommentar smärtskattning: Det föreligger stora variationer vad gäller användandet av VAS/NRS för smärtskattning sista veckan i livet. Eskilstuna använder det i 55 % av fallen medan det på många andra sjukhus inte används över huvud taget. Dessutom varierar bedömningarna av hur många som inte kan medverka mellan 10 % upp till 50 %. Delvis skulle dessa skillnader kunna bero på att andelen kognitivt

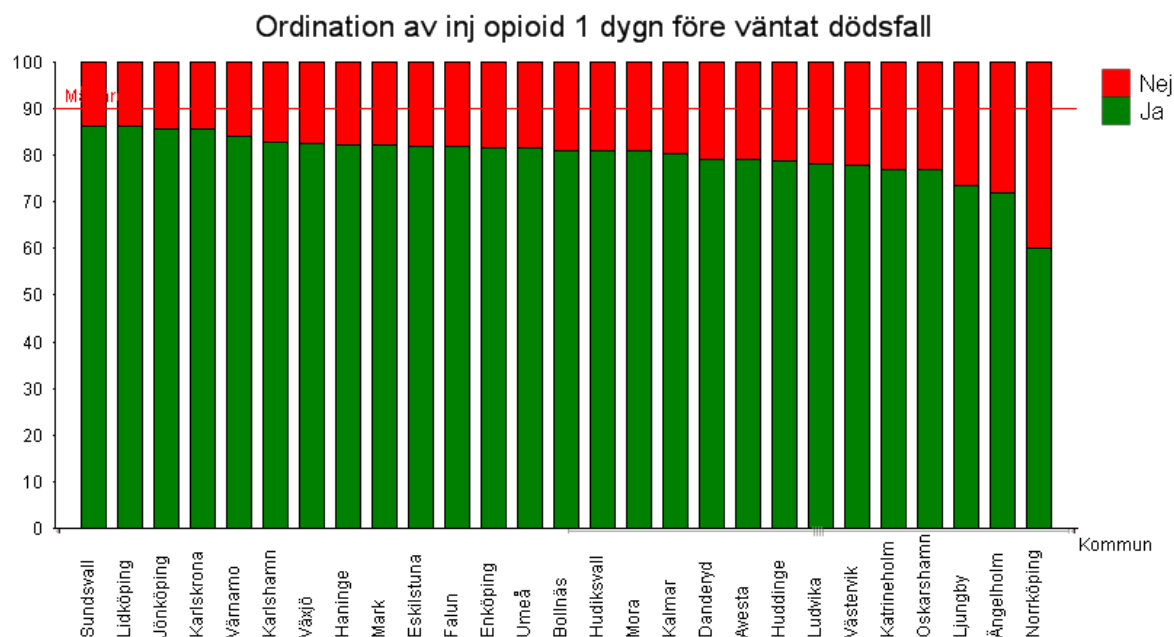
påverkade patienter är stor på sjukhus där framför allt geriatriska verksamheter är med.

Klart är att ingen vårdare, oavsett hur van man är, kan se på en sjuk person hur ont hon eller han har utan en systematisk smärtskattning. Mycken smärta förekommer således odetekterad och därför också tyvärr obehandlad/underbehandlad.

Ordination av injektion opioid vid behov

Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på en vanlig sjukhusavdelning oavsett huvudman. Specialiserade palliativa sjukhusavdelningar ingår inte utan redovisas under rubriken "Specialiserade palliativa slutenvårdsenheter". Kommun avser den kommun som den rapporterade sjukhusavdelningen har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Dödsfall som lett till sk rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 4 572 dödsfall.

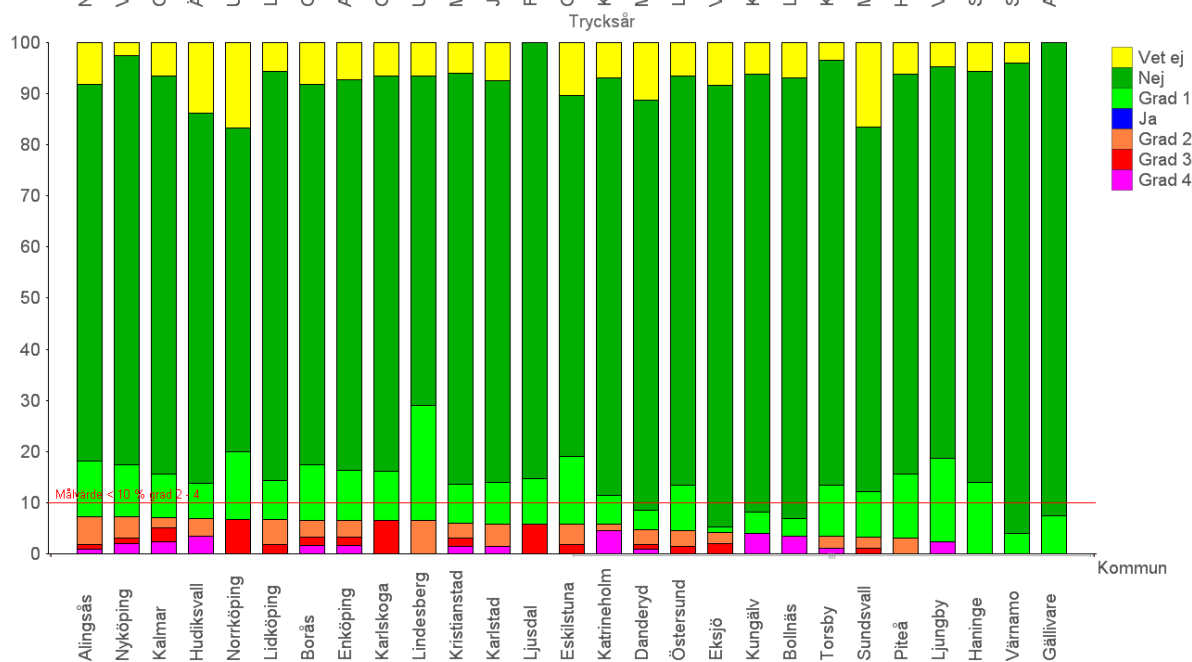
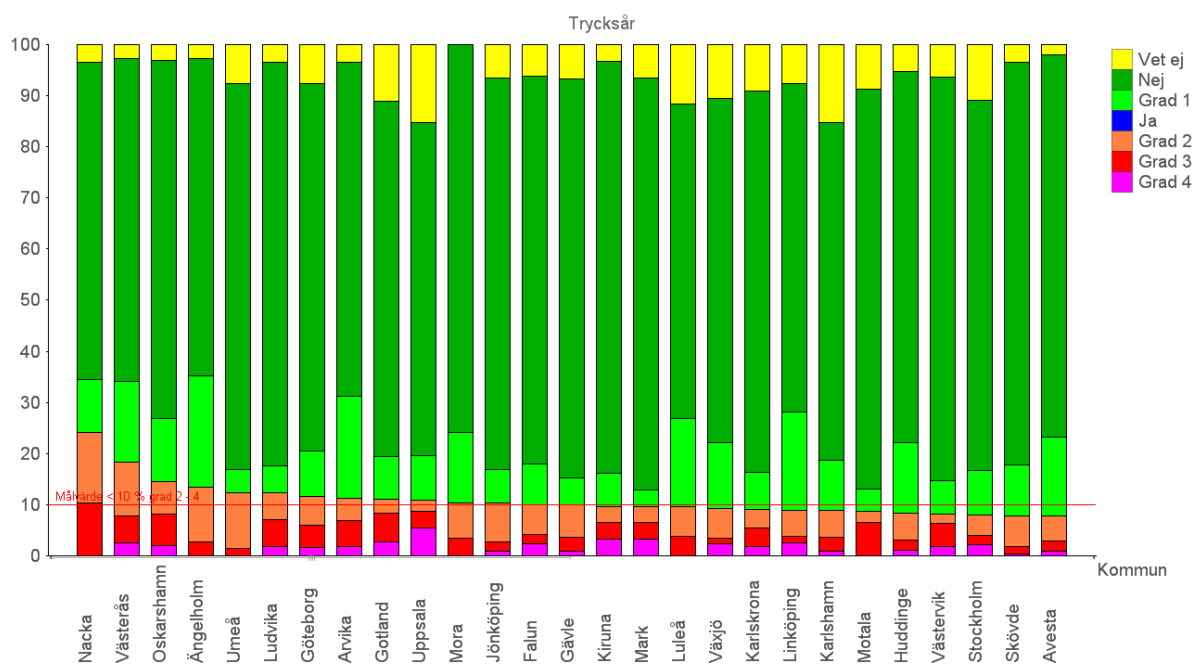




Kommentar ordination: Endast en fjärdedel av sjukhusen når upp till målnivån med en andel på minst 90 % som har en injektionsordination mot smärta. Variationen är stor mellan 100 % i Nacka och cirka 70 % i Norrköping. Smärtgenombrott är ett av de vanligast förekommande symtomen i livets slutskede och oftast det symptom som de sjuka fruktar mest. Att ha en individualiserad ordination där den adekvata dosen är uträknad i förhand är en förutsättning för adekvat smärtlindring utan onödig tidsfördröjning.

Trycksår

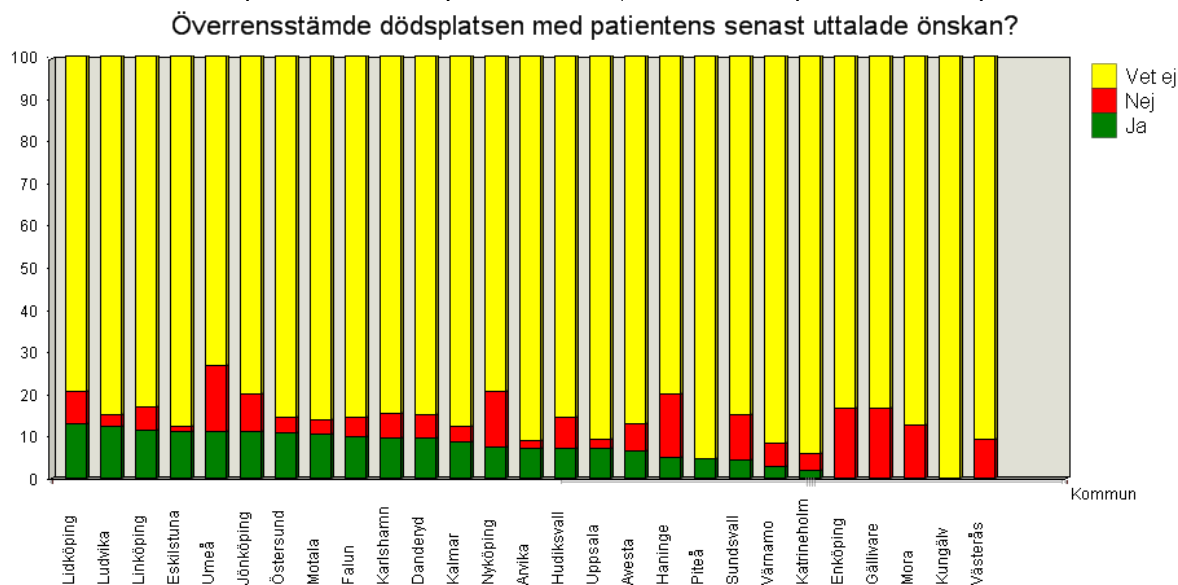
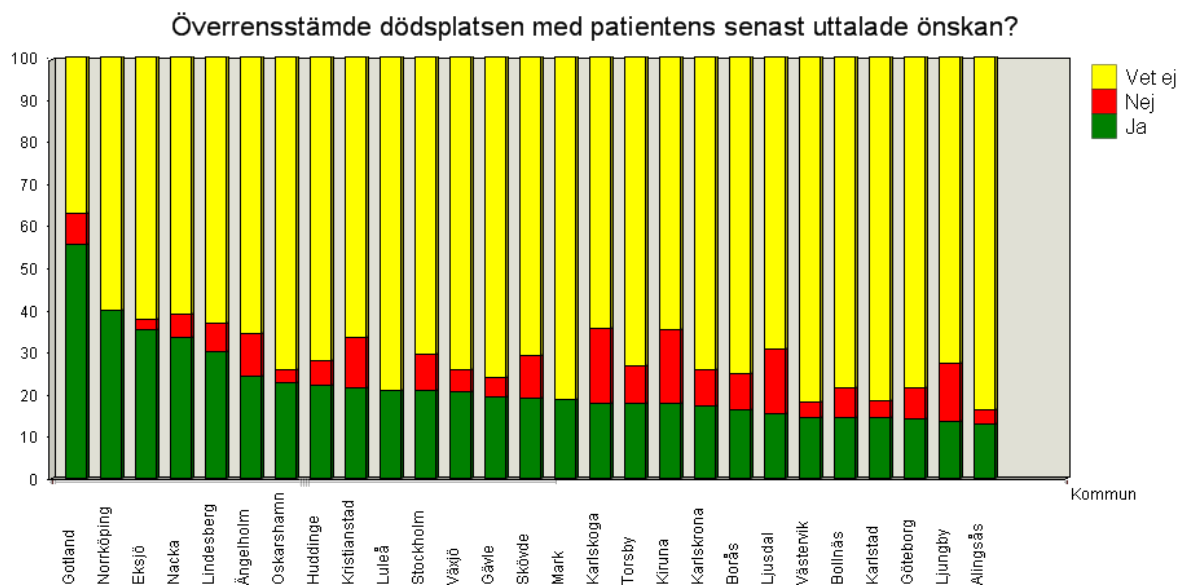
Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på en vanlig sjukhusavdelning oavsett huvudman. Specialiserade palliativa sjukhusavdelningar ingår inte utan redovisas under rubriken "Specialiserade palliativa slutenvårdsenheter". Kommun avser den kommun som den rapporterade sjukhusavdelningen har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (både väntade och oväntade) har tagits med. Dödsfall som lett till sk rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 5 647 dödsfall. Sorteringsordningen bestäms av den sammanlagda andelen trycksår grad 2-4 enligt Nortonskalan, dvs med hudskada. Grad 2 = blåsbildning eller hudavskrap Grad 3 = hudgenombrott men ej genom muskel Grad 4 = hudgenombrott samt genom/in i muskel, sena och/eller ben.



Kommentar trycksår: Andelen trycksår grad 2 - 4 varierar mellan drygt 20 % (Nacka, Västerås) till 0 % (Gällivare, Värnamo, Haninge). Troligen förklarar olikheter i vilka verksamheter som är med en del av skillnaderna, men det vore onekligen intressant att ta reda på om de med låga siffror har markant andra rutiner än de med höga siffror. Något som skulle kunna leda till spridning av de goda exemplen.

Dödsplats i enlighet med senast kända önskemål

Nedanstående diagram redovisar samlad de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på en vanlig sjukhusavdelning oavsett huvudman. Specialiserade palliativa sjukhusavdelningar ingår inte utan redovisas under rubriken "Specialiserade palliativa slutenvårdsenheter". Kommun avser den kommun som den rapporterade sjukhusavdelningen har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Den avlidne skall dessutom ha bedömts ha kvar sin förmåga till självbestämmande inom timmar eller dagar före dödsfallet. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 3 577 dödsfall.

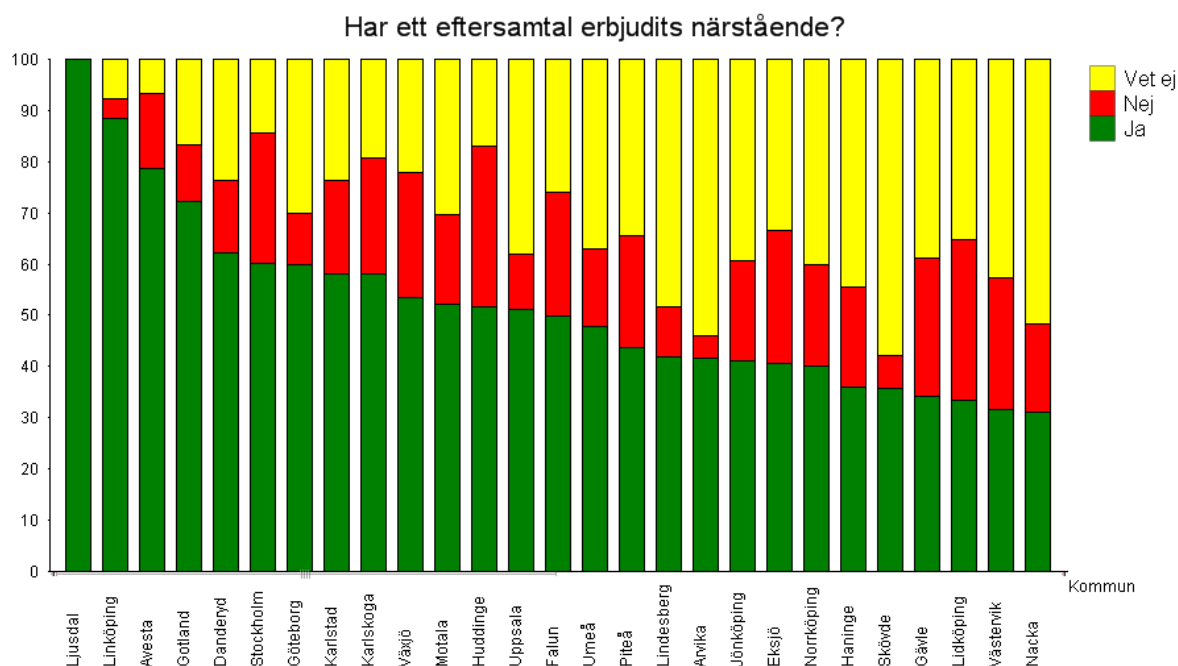


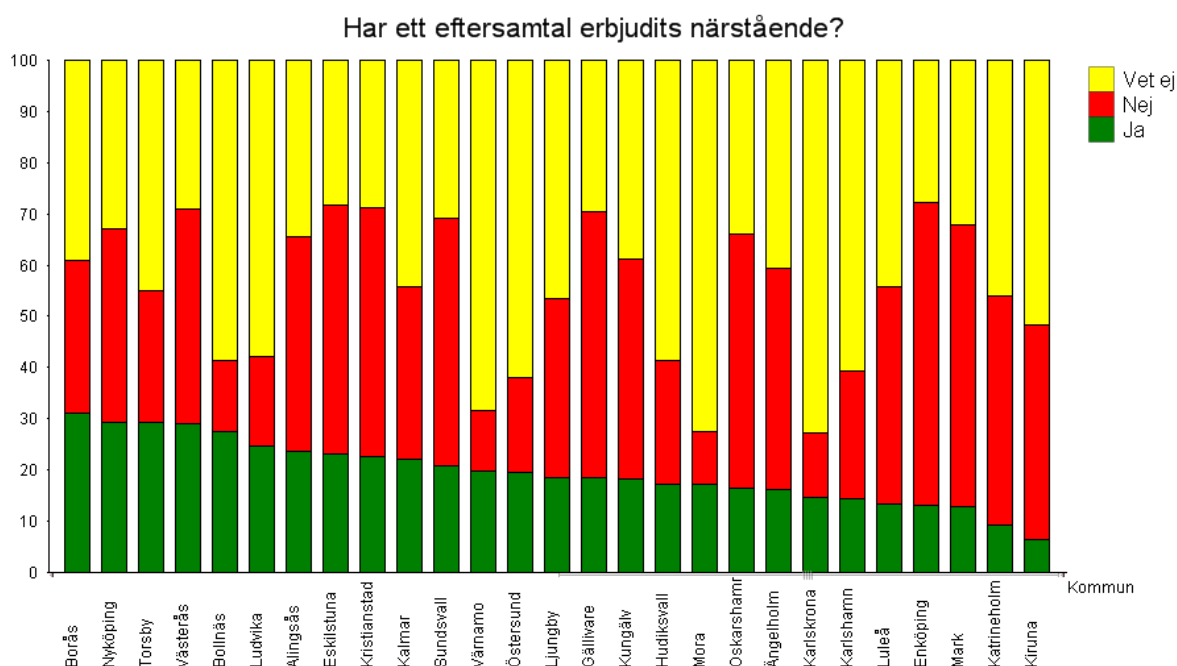
Kommentar dödsplats: Andelen där dödsplatsen överrensstämde med senast uttalade önskan varierar mellan 55 % (Gotland) ner till 0 % (Enköping, Gällivare, Mora, Kungälv och Västerås). Den mycket stora andelen "vet ej" (gult) utgör det dominerande intrycket. Tolkningen blir att man på de flesta sjukhusavdelningar inte tar upp denna diskussion över huvud taget med den som är sjuk. Noteras bör att bara personer som bedömts ha kvar sitt självbestämmande till timmar/dagar före dödsfallet inkluderats i redovisningen.

Alltför ofta får den sjuke stanna kvar på avdelningen den sista tiden i livet även när deras högsta önskan kanske är att få åka hem en sista gång. Förutsättningen för att vården ska kunna optimeras utifrån den enskilda patientens önskemål och möjligheter är en öppen dialog om var man helst vill vårdas. Att det sedan inte alltid går att uppfylla önskemålen (röda staplar) är naturligt.

Erbjudande av eftersamtal

Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på en vanlig sjukhusavdelning oavsett huvudman. Specialiserade palliativa sjukhusavdelningar ingår inte utan redovisas under rubriken "Specialiserade palliativa slutenvårdsenheter". Kommun avser den kommun som den rapporterade sjukhusavdelningen har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (både väntade och oväntade) har tagits med. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 5 647 dödsfall.





Kommentar eftersamtal: Andelen eftersamtal som erbjudits närstående varierar mellan 5 % (Kiruna) och 90 % eller mer (Linköping, Ljusdal). Behovet hos närstående att kunna ställa ytterligare frågor om förloppet, göra ett avslut med personalen på vårdavdelningen och också kunna ge feed-back till personalen torde inte variera nämvärt över landet. I vissa fall skulle personalen också kunna fånga upp ett påtagligt behov av professionellt stöd för att komma vidare i sorgearbetet och förmedla kontakt med kurator, diakon, psykosocialt team eller liknande resurs som finns tillgänglig. Att vissa sjukhus anger "vet ej" i upp mot 70 % av fallen tyder på dåliga dokumentationsrutiner.

Palliativa slutenvårdsenheter

Totalt 4 960 dödsfall har inrapporterats 2010. Av dessa har 4 675 rapporterats från 48 enheter med minst 25 rapporterade dödsfall enligt nedanstående tabell.

I nedanstående tabell avser "Kommun" den kommun där den inrapporterande verksamheten ligger, "Antal reg totalt" det totala antalet kompletta registreringar 2010, "Plötsligt" antalet dödsfall som gått till s k rättsmedicinsk obduktion och därmed endast besvarat de allra första frågorna (ingår inte i någon annan statistik), "Oväntat" antalet dödsfall som av vårdpersonalen bedömts som oväntade och därmed inte kan vara föremål för någon vårdplanering inför livets slut, "Väntat" antalet dödsfall som av vårdpersonalen bedömts som väntade och därmed skall vara föremål för en fortlöpande vårdplanering och uppföljning inför livets slut, "Vet ej" antalet dödsfall där vårdpersonalen inte i efterhand kunnat ta ställning till om dödsfallet var väntat samt "Tappat självbestämmande" antalet dödsfall (som redan ingår i de tidigare kolumnerna) där vårdpersonalen bedömt att den avlidne förlorat sin förmåga till självbestämmande och därmed inte kunnat delta i diskussioner om sin vård veckor, månader eller år före dödsfallet.

Kommun	Avdelning	Antal reg totalt	Plötsligt	Oväntat	Väntat	Vet ej	Tappat självbestämmande
TOTALT		4675	17	75	4570	13	234
Borås	Borås palliativa korttidsenheten	32	0	0	32	0	4

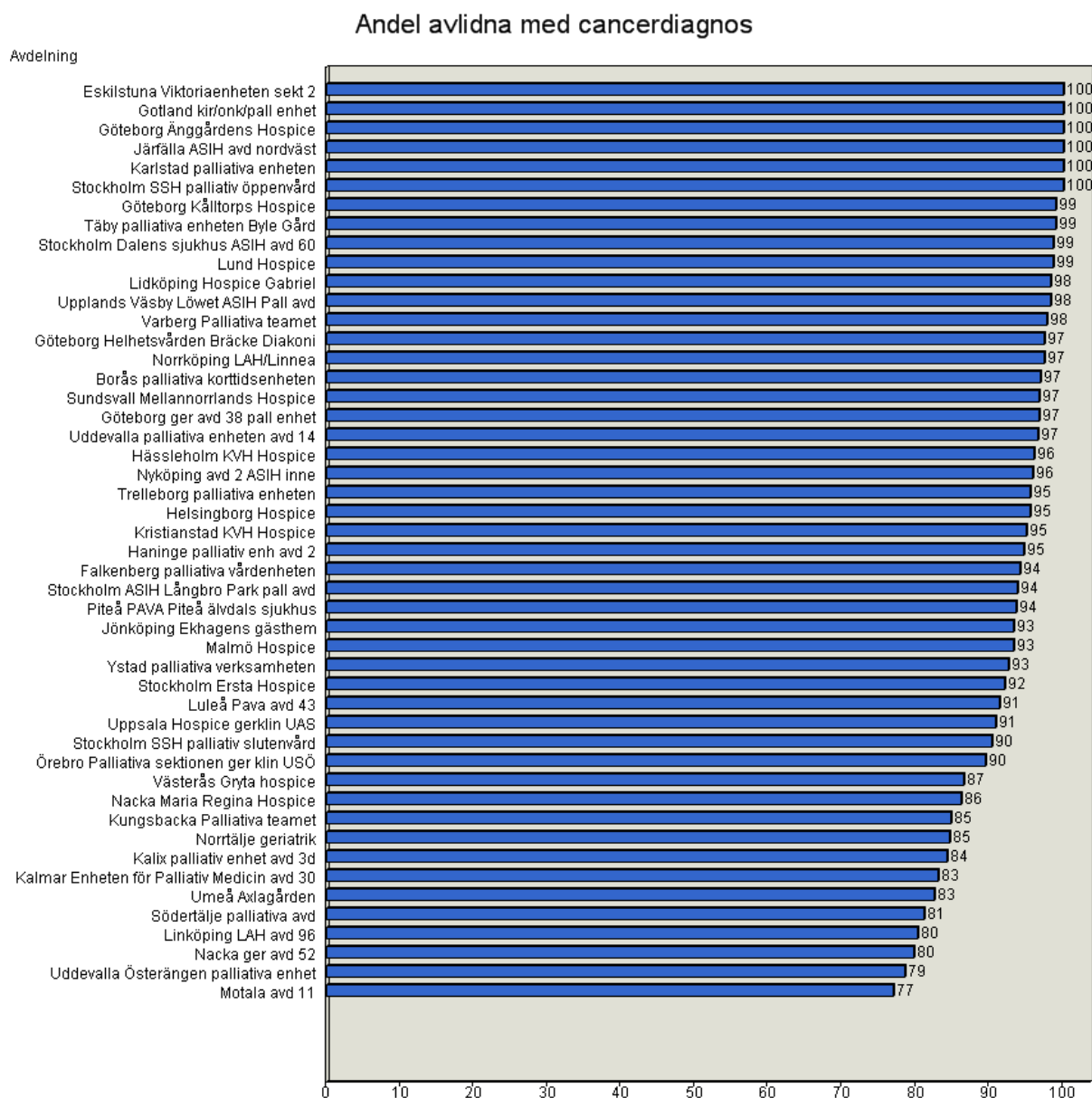
Eskilstuna	Eskilstuna Viktoriaenheten sekt 2	44	0	0	44	0	0
Falkenberg	Falkenberg palliativa vårdenheten	69	0	0	69	0	3
Gotland	Gotland kir/onk/pall enhet	31	1	0	29	1	3
Göteborg	Göteborg Kålltorps Hospice	101	0	0	101	0	2
Göteborg	Göteborg ger avd 38 pall enhet	60	0	2	58	0	2
Göteborg	Göteborg Änggårdens Hospice	46	0	0	46	0	2
Göteborg	Göteborg Helhetsvården Bräcke Diakoni	78	0	1	77	0	3
Haninge	Haninge palliativ enh avd 2	74	0	2	72	0	7
Helsingborg	Helsingborg Hospice	133	1	0	132	0	0
Hässleholm	Hässleholm KVH Hospice	52	1	0	51	0	1
Järfälla	Järfälla ASIH avd nordväst	89	0	3	85	1	1
Jönköping	Jönköping Ekhagens gästhem	60	0	1	58	1	4
Kalix	Kalix palliativ enhet avd 3d	57	0	0	57	0	4
Kalmar	Kalmar Enheten för Palliativ Medicin avd 30	47	0	2	45	0	4
Karlstad	Karlstad palliativa enheten	26	0	0	26	0	1
Kristianstad	Kristianstad KVH Hospice	40	0	2	38	0	1
Kungsbacka	Kungsbacka Palliativa teamet	60	1	0	59	0	2
Lidköping	Lidköping Hospice Gabriel	61	0	0	61	0	1
Linköping	Linköping LAH avd 96	86	0	0	86	0	1
Luleå	Luleå Pava avd 43	35	0	0	35	0	1
Lund	Lund Hospice	72	0	0	72	0	0
Malmö	Malmö Hospice	400	1	1	398	0	65
Motala	Motala avd 11	78	0	0	77	1	4
Nacka	Nacka ger avd 52	64	0	3	61	0	3
Nacka	Nacka Maria Regina Hospice	87	0	7	80	0	25
Norrköping	Norrköping LAH/Linnea	78	0	3	75	0	3
Norrtälje	Norrtälje geriatrik	26	0	0	26	0	0
Nyköping	Nyköping avd 2 ASIH inne	121	0	2	118	1	4
Piteå	Piteå PAVA Piteå älvdals sjukhus	62	0	0	60	2	3
Stockholm	Stockholm Dalens sjukhus ASIH avd 60	151	3	4	143	1	3
Stockholm	Stockholm SSH palliativ öppenvård	53	0	1	52	0	3
Stockholm	Stockholm ASIH Långbro Park pall avd	194	0	2	192	0	4
Stockholm	Stockholm Ersta Hospice	163	0	2	160	1	4
Stockholm	Stockholm SSH palliativ slutenvård	338	5	2	330	1	13

Sundsvall	Sundsvall Mellannorrlands Hospice	94	0	1	93	0	4
Södertälje	Södertälje palliativa avd	117	1	13	102	1	10
Trelleborg	Trelleborg palliativa enheten	112	1	0	111	0	1
Täby	Täby palliativa enheten Byle Gård	194	1	4	189	0	10
Uddevalla	Uddevalla palliativa enheten avd 14	145	1	6	136	2	3
Uddevalla	Uddevalla Österängen palliativa enhet	56	0	1	55	0	4
Umeå	Umeå Axlagården	120	0	2	118	0	0
Upplands-Väsby	Upplands Väsby Löwet ASIH Pall avd	119	0	4	115	0	4
Uppsala	Uppsala Hospice gerklin UAS	132	0	1	131	0	9
Varberg	Varberg Palliativa teamet	46	0	1	45	0	0
Västerås	Västerås Gryta hospice	164	0	0	164	0	2
Ystad	Ystad palliativa verksamheten	27	0	0	27	0	2
Örebro	Örebro Palliativa sektionen ger klin USÖ	181	0	2	179	0	4

Kommentar: Täckningsgraden för denna vårdform är hög, upp mot 90 % av dödsfallen inom palliativ slutenvård i landet bedöms vara registrerade. Andelen plötsliga och oväntade dödsfall är mycket låg. Data som redovisas nedan kan därför anses vara representativa för hela den specialiserade palliativa slutenvården i landet.

Cancerandel

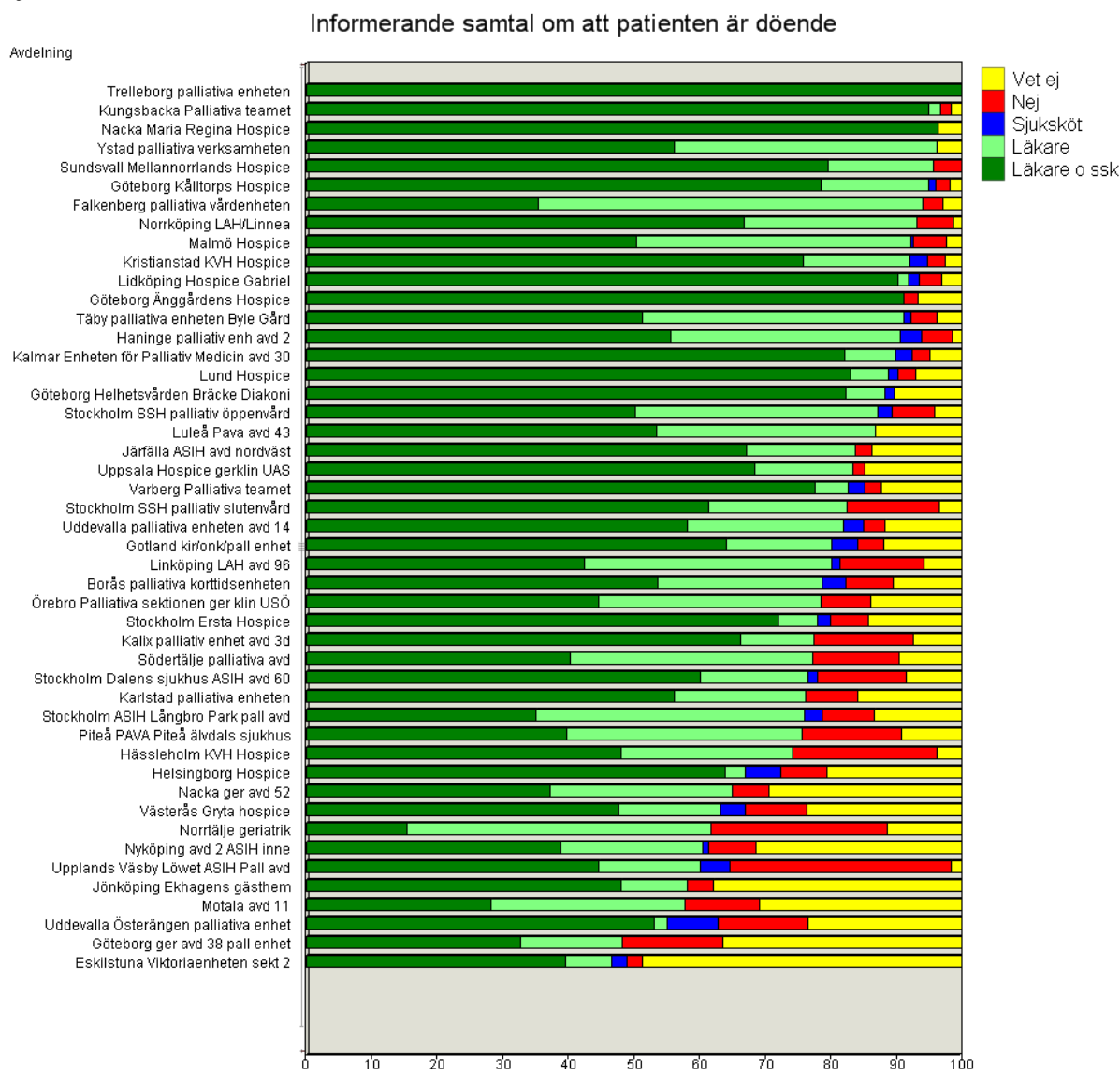
Nedanstående diagram redovisar samlat den procentuella andel som enligt dödsfallsenkäten avlidit på palliativ slutenvårdsenhet oavsett vårdgivare eller huvudman. Endast avdelningar där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (både väntade och oväntade) har tagits med. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 4 658 dödsfall.



Kommentar cancerandel: Den specialiserade palliativa vården i Sverige (och hela Europa) har av tradition fokuserat på cancerpatienter och resultatet för 2010 visar att denna tradition är stark. Över 90 % av patienterna som avlider på dessa enheter har en cancerdiagnos. Det finns dock enheter som har en högre andel patienter med icke-malign diagnos och ett mål bör vara att denna andel ökar generellt. Dessa patienter kan ha lika stora behov av specialiserad palliativ vård som patienter med en cancerdiagnos.

Information till den döende

Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på palliativ slutenvårdsenhet oavsett vårdgivare eller huvudman. Endast avdelningar där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Den avlidne skall dessutom ha bedömts ha kvar sin förmåga till självbestämmande inom timmar eller dagar före dödsfallet. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 4 225 dödsfall. Enheterna är rangordnade i fallande ordning utifrån summan av de andelar som fått ett informerande samtal av läkare och de som fått det av både läkare och sjuksköterska.



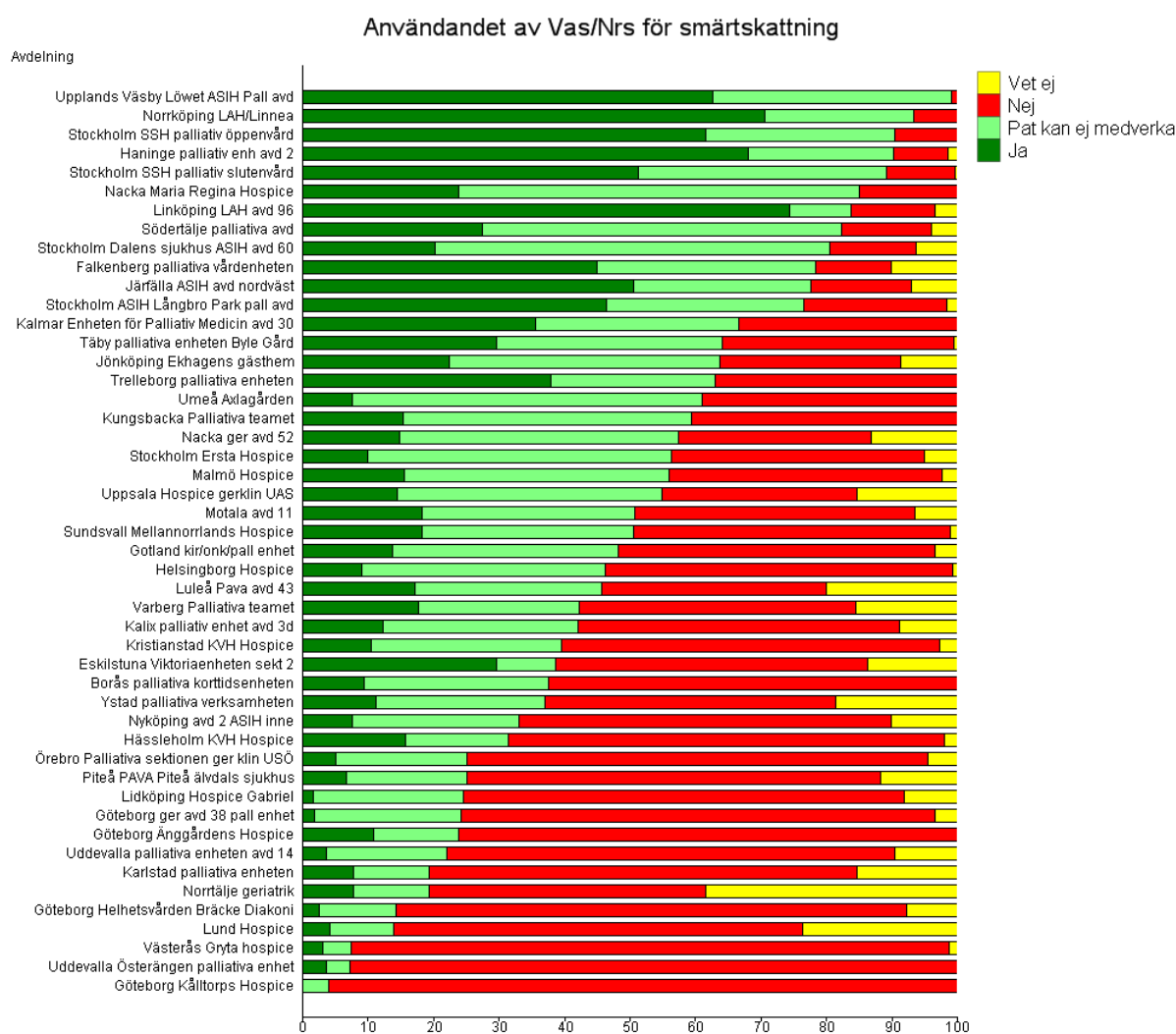
Kommentar information: Patienten har enligt Hälso- och sjukvårdslagen rätt till ett informeraende läkarsamtal om behandlingsalternativ och prognos, och detta är särskilt viktigt i livets slutskede. Andelen patienter som får dessa samtal varierar mellan 50 och 100 % inom den specialiserade palliativa vården. Att stora enheter som t ex Malmö hospice med 400 dödsfall per år klarar detta i 90 % av fallen är glädjande och bör tjäna som en god förebild för mindre enheter som inte visar lika goda resultat. Det

är anmärkningsvärt att specialiserade palliativa enheter kan ha en så hög andel som 50 % av "Vet ej"- svar, tydande på en bristande dokumentation.

Smärtskattning med VAS/NRS

Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på palliativ slutenvårdsenhet oavsett vårdgivare eller huvudman. Endast avdelningar där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Dödsfall som lett till sk rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 4 570 dödsfall.

Enheterna har rangordnats i fallande ordning utifrån summan av andelarna som svarat "ja" och "kan ej medverka". Tanken är att då har man gjort så gott man kunnat.



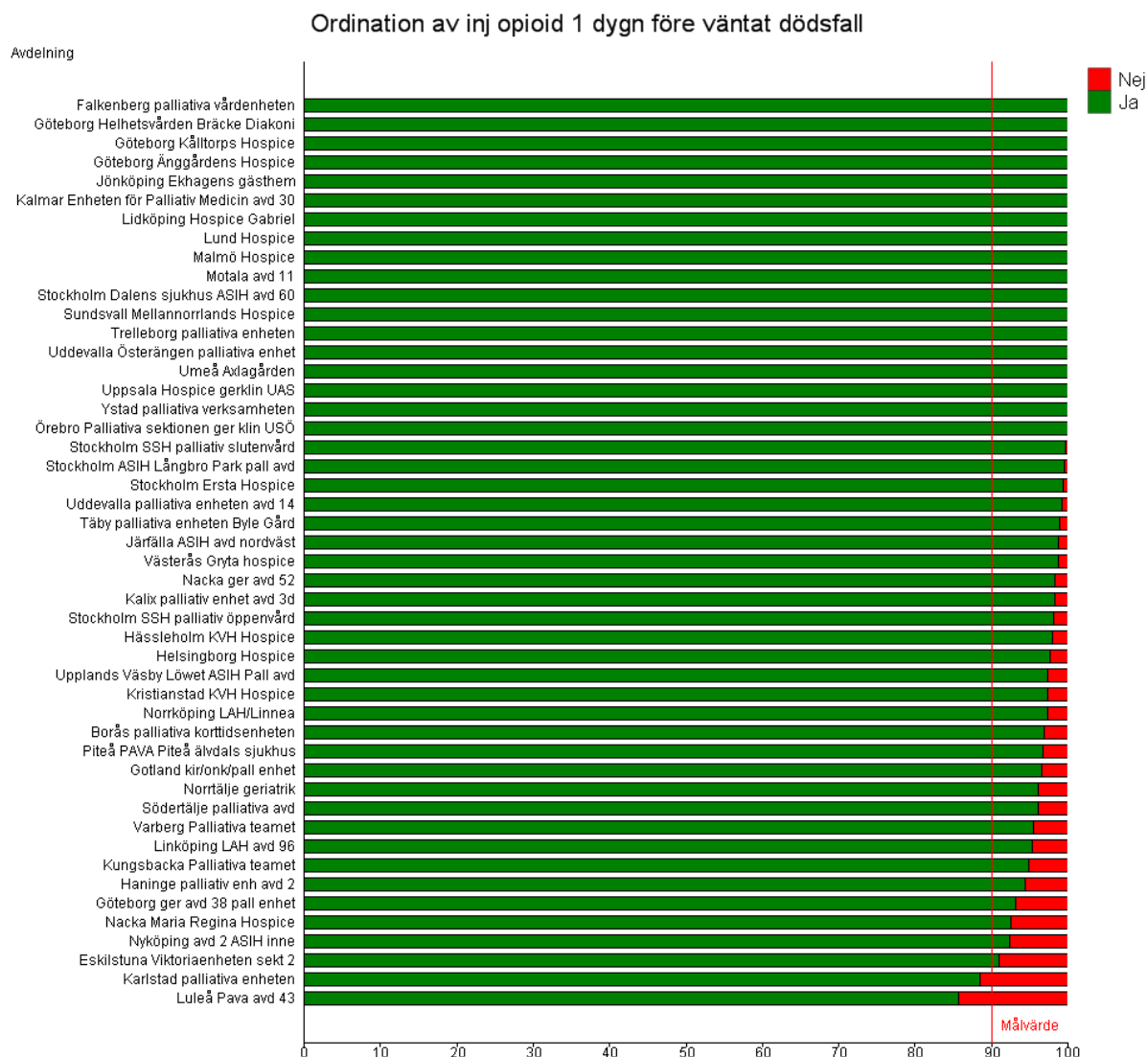
Kommentar smärtskattning: Användandet av VAS/NRS är en kvalitetsindikator för god cancervård enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2007. Om 80 % ses som ett rimligt mål följer att det finns ett stort förbättringsutrymme även inom den specialiserade palliativa vården i landet. Enstaka enheter i Stockholm och Östergötland har nått långt, medan andra enheter i stort sett inte använder VAS/NRS för smärtskattning. Siffrorna över landet varierar mellan 0 och 70 %, och andelen patienter där man angett att han/hon inte kan medverka bör minska eftersom det idag finns smärtskattningsinstrument även för denna patientgrupp. Det är anmärkningsvärt

att så många specialiserade enheter använder dessa instrument i så liten omfattning, och om resultaten kvarstår bör orsakerna bakom detta specialstuderas.

Ordination av injektion opioid vid behov

Nedanstående diagram redovisar samlad de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på palliativ slutenvårdsenhet oavsett vårdgivare eller huvudman. Endast avdelningar där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Dödsfall som lett till sk rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 4 570 dödsfall.

Enheterna har rangordnats i fallande ordning utifrån "ja".

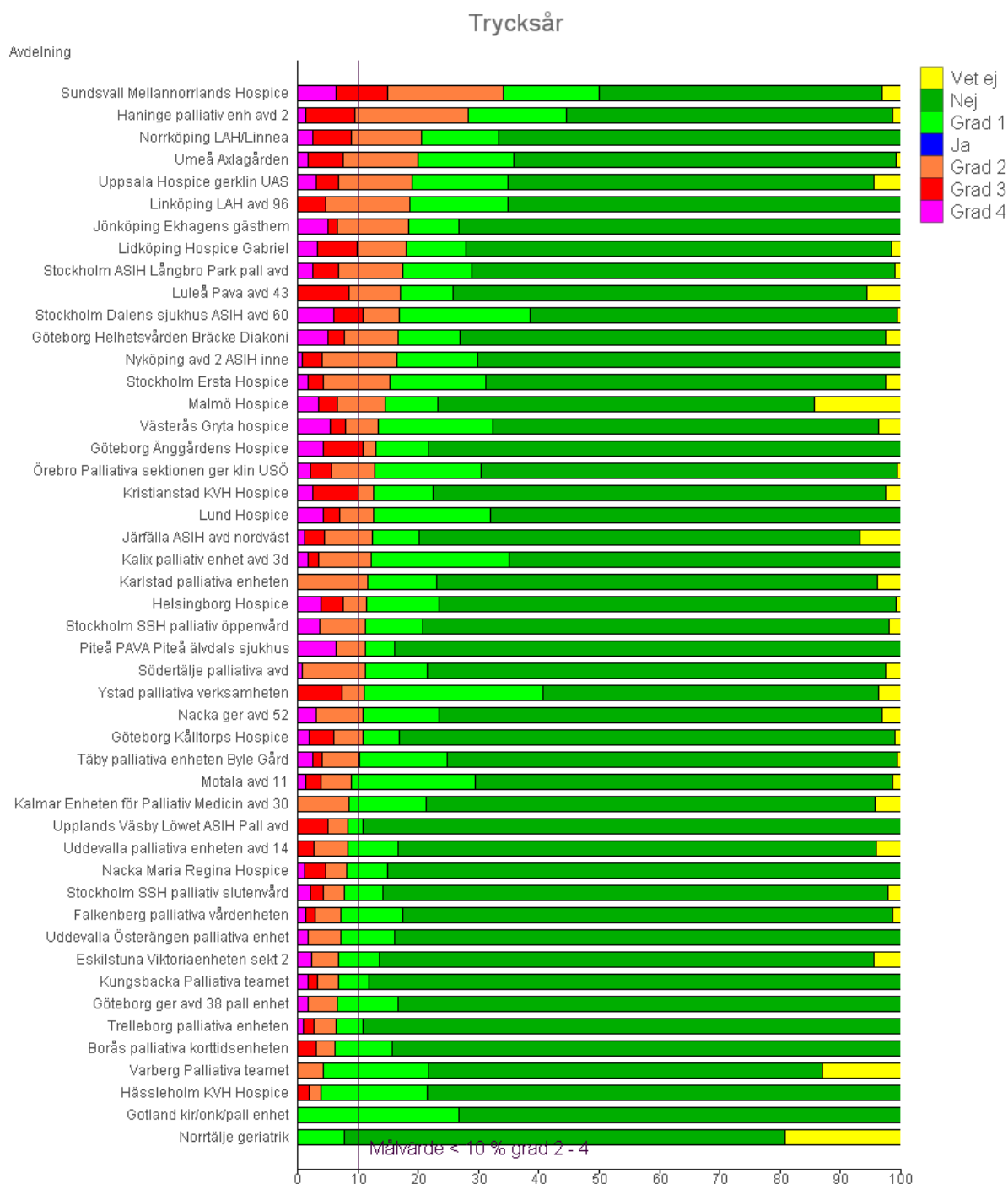


Kommentar ordination: Även denna fråga har status av nationell kvalitetsindikator för god cancervård och resultaten är mycket goda för den specialiserade palliativa vården. Alla enheter utom två når målvärdet 90 %, och enheterna i Karlstad och Luleå kan säkert genom en översyn av sina rutiner sälla sig till den stora skaran av måluppfyllare.

Trycksår

Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på palliativ slutenvårdsenhet oavsett vårdgivare eller huvudman. Endast avdelningar där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (både väntade och oväntade) har tagits med. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 4 658 dödsfall.

Ordningen uppifrån bestäms av den sammanlagda andelen trycksår grad 2-4 enligt Nortonskalan, dvs med hudskada. Grad 2= blåsbildning eller hudavskrap Grad 3 = hudgenombrott men ej genom muskel Grad 4 = hudgenombrott samt genom/in i muskel, sena och/eller ben.

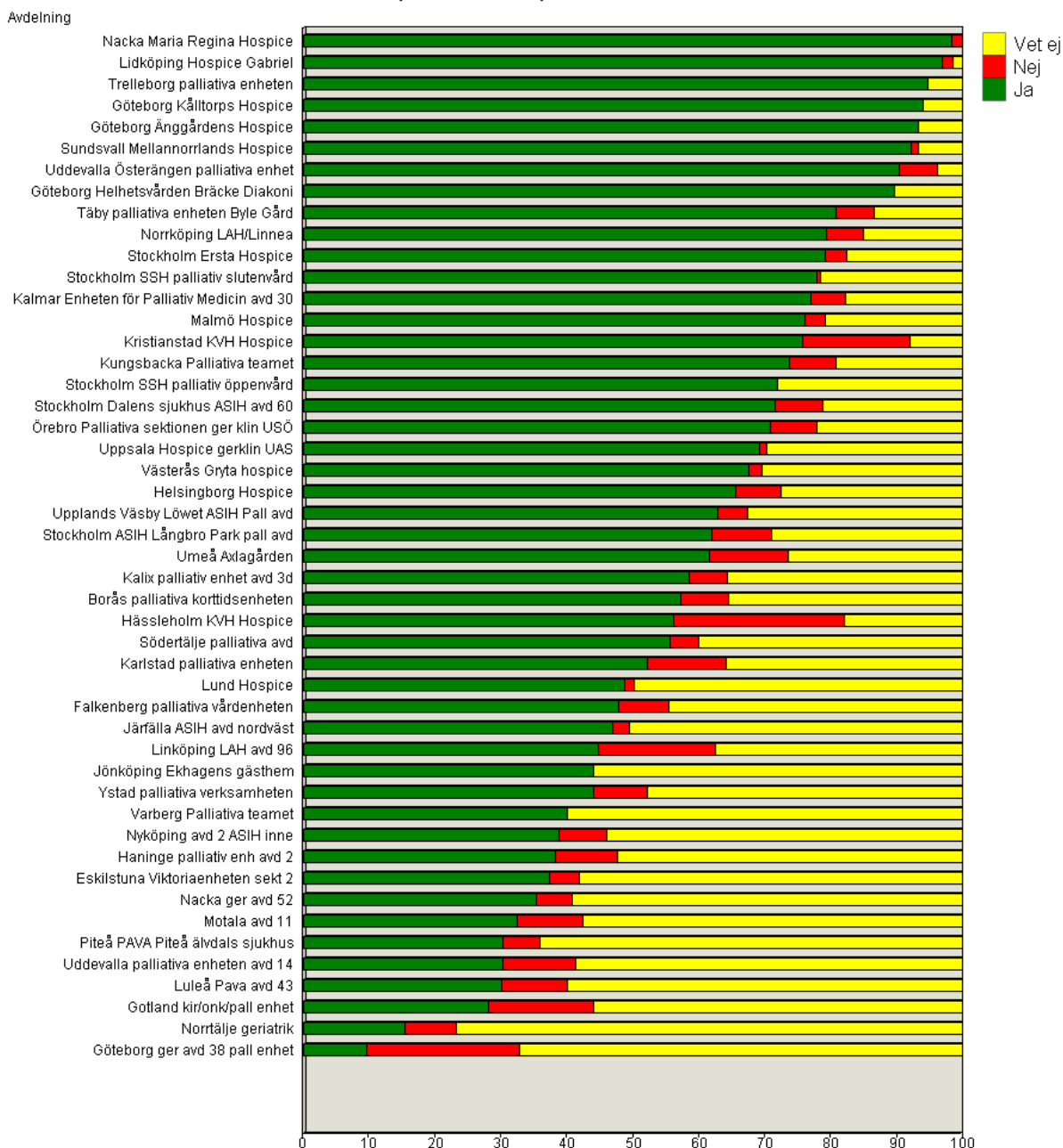


Kommentar trycksår: Målnivån för trycksår med hudskada grad 2 till 4 är satt till max 10 %. Arton enheter klarar denna nivå. Sundsvall, Uppsala, Göteborg och Nyköping fortsätter från föregående år att ha en högre andel trycksår, och rutinerna i vårdkedjan kring detta kan behöva en översyn. Om den högre andelen trycksår förklaras av en högre uppmärksamhet på hudkostymen kan inte besvaras utifrån 2010 års data, men kommer däremot att kunna belysas med hjälp av den nya patientenkäten som används från och med 2011-01-01.

Dödsplats i enlighet med senast kända önskemål

Nedanstående diagram redovisar samlad de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på palliativ slutenvårdsenhet oavsett vårdgivare eller huvudman. Endast avdelningar där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Den avlidne skall dessutom ha bedömts ha kvar sin förmåga till självbestämmande inom timmar eller dagar före dödsfallet. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 4 225 dödsfall.

Överrensstämde dödsplatsen med patientens senast uttalade önskan?

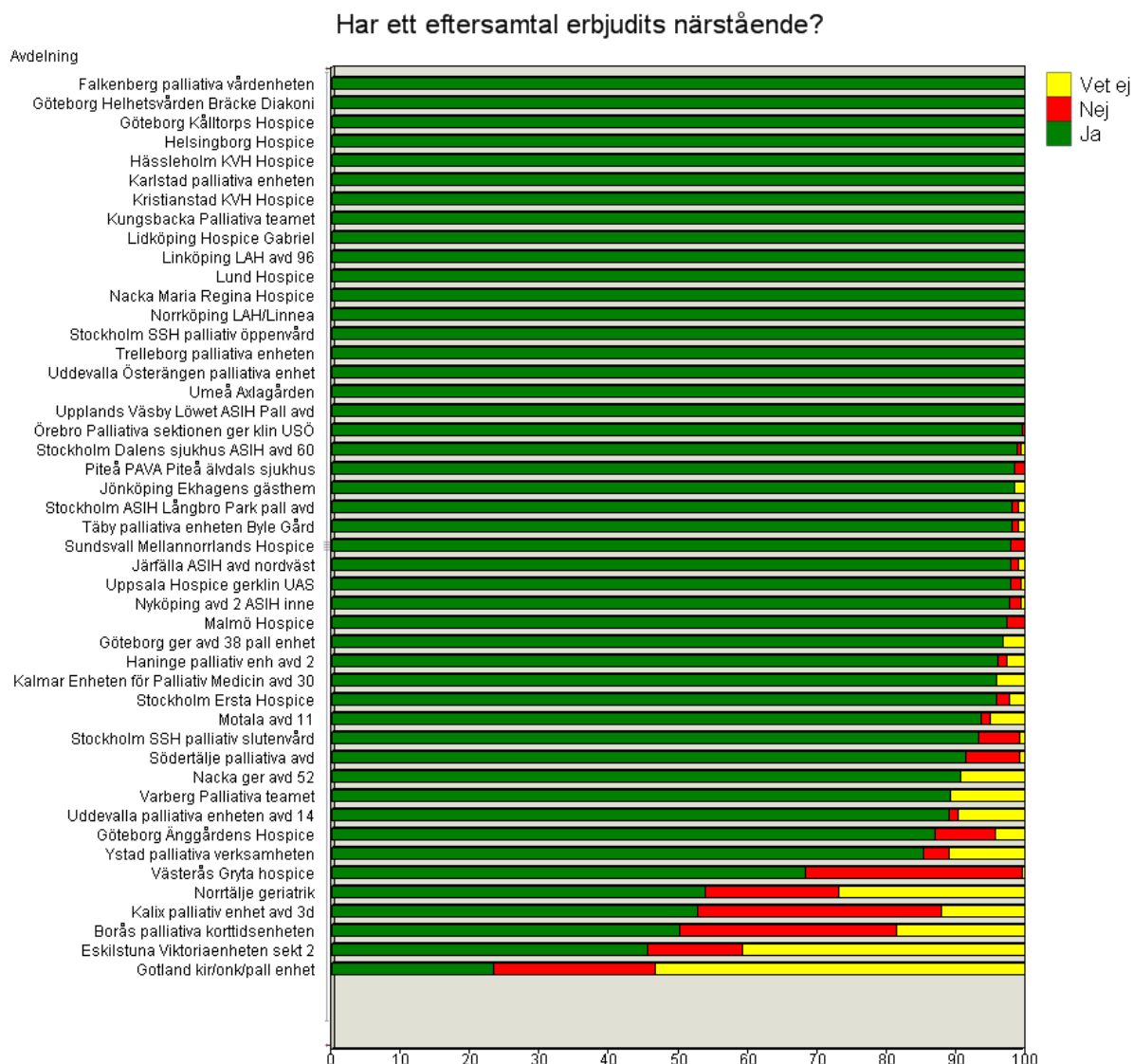


Kommentar dödsplats: Andelen patienter som dör på den plats de önskar varierar mellan 10 och 100 %. Enheterna i Nacka och Lidköping har rimligen goda rutiner för att efterhöra detta och kan tjäna som goda föredömen för den stora andel enheter där man hos mer än 50 % av patienterna inte vet om dödsplatsen överensstämde med patientens önskan. Att många specialiserade enheter inte har nämnvärt bättre resultat än sjukhusavdelningar borde tjäna som en tankeställare. Kommunikation är

en av den palliativa vårdens hörnpelare och resultatet avspeglar en tydlig brist i kommunikationen.

Erbjudande av eftersamtal

Nedanstående diagram redovisar samlad de som enligt dödsfallsenkäten avlidit på palliativ slutenvårdsenhet oavsett vårdgivare eller huvudman. Endast avdelningar där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (både väntade och oväntade) har tagits med. Dödsfall som lett till sk rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 4 658 dödsfall.



Kommentar eftersamtal: En stor andel av enheterna erbjuder efterlevandesamtal i mer än 90 % av fallen. Tyvärr fortsätter Gotland, Kalix och Eskilstuna att ligga i botten på listan även detta år, men Kalix har åtminstone gjort en rejäl uppryckning från föregående års siffra på 20 % som erbjudits samtal. Erbjudande av dessa samtal är en viktig komponent i den specialiserade palliativa vården; siffrorna säger dock ingenting om huruvida efterlevandesamtalen verkligen genomförts.

Avancerad hemsjukvård

Totalt 2 607 dödsfall har inrapporterats 2010. Av dessa har 1 656 rapporterats från 37 enheter med minst 25 rapporterade dödsfall enligt nedanstående tabell.

I nedanstående tabell avser "Kommun" den kommun där den inrapporterande verksamheten ligger, "Antal reg totalt" det totala antalet kompletta registreringar 2010, "Plötsligt" antalet dödsfall som gått till s k rättsmedicinsk obduktion och därmed endast besvarat de allra första frågorna (ingår inte i någon annan statistik), "Oväntat" antalet dödsfall som av vårdpersonalen bedömts som oväntade och därmed inte kan vara föremål för någon vårdplanering inför livets slut, "Väntat" antalet dödsfall som av vårdpersonalen bedömts som väntade och därmed skall vara föremål för en fortlöpande vårdplanering och uppföljning inför livets slut, "Vet ej" antalet dödsfall där vårdpersonalen inte i efterhand kunnat ta ställning till om dödsfallet var väntat samt "Tappat självbestämmande" antalet dödsfall (som redan ingår i de tidigare kolumnerna) där vårdpersonalen bedömt att den avlidne förlorat sin förmåga till självbestämmande och därmed inte kunnat delta i diskussioner om sin vård veckor, månader eller år före dödsfallet.

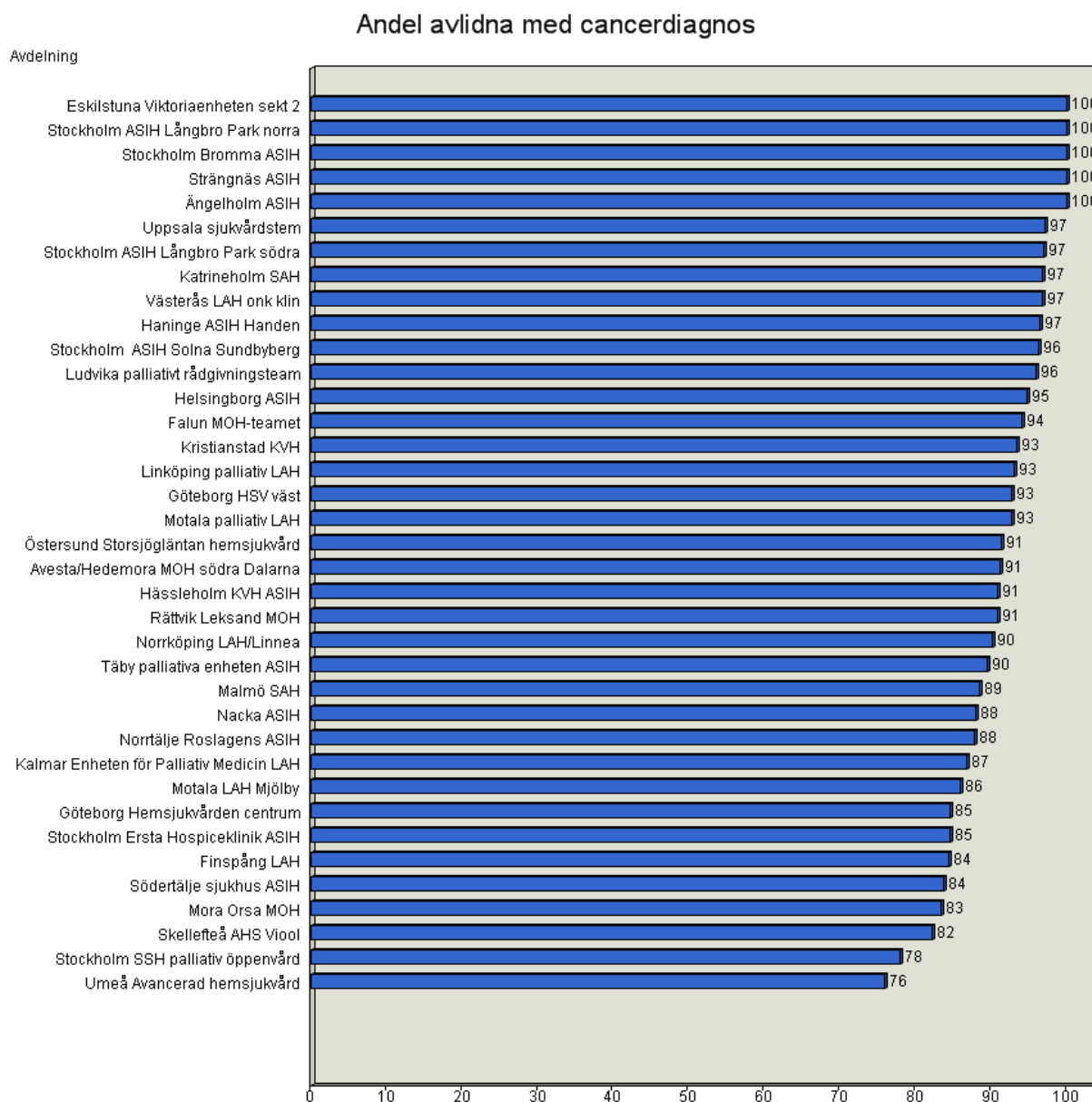
Kommun	Avdelning	Antal reg totalt	Plötsligt	Oväntat	Väntat	Vet ej	Tappat självbestämmande
TOTAL		1656	6	37	1610	3	56
Avesta	Avesta/Hedemora MOH södra Dalarna	34	0	2	32	0	2
Eskilstuna	Eskilstuna Viktoriaenheten sekt 2	43	0	1	42	0	0
Falun	Falun MOH-teamet	34	0	0	34	0	1
Finspång	Finspång LAH	32	0	0	32	0	1
Göteborg	Göteborg HSV väst	69	0	0	69	0	0
Göteborg	Göteborg Hemsjukvården centrum	26	0	2	24	0	0
Haninge	Haninge ASIH Handen	29	0	1	28	0	1
Helsingborg	Helsingborg ASIH	57	0	3	54	0	1
Hässleholm	Hässleholm KVH ASIH	44	0	1	43	0	1
Kalmar	Kalmar Enheten för Palliativ Medicin LAH	38	0	0	38	0	0
Katrineholm	Katrineholm SAH	32	0	1	31	0	1
Kristianstad	Kristianstad KVH	61	0	0	61	0	2
Linköping	Linköping palliativ LAH	117	0	0	117	0	3
Ludvika	Ludvika palliativt rådgivningsteam	26	1	0	25	0	0
Malmö	Malmö SAH	87	0	2	84	1	2
Mora	Mora Orsa MOH	30	0	0	30	0	2
Motala	Motala palliativ LAH	42	1	1	40	0	0
Motala	Motala LAH Mjölby	50	0	1	49	0	1
Nacka	Nacka ASIH	25	0	2	23	0	0
Norrköping	Norrköping LAH/Linnea	81	0	2	79	0	0
Norrtälje	Norrtälje Roslagens ASIH	34	1	2	31	0	4
Rättvik	Rättvik Leksand MOH	33	0	0	33	0	0
Skellefteå	Skellefteå AHS Viool	46	1	4	41	0	3
Stockholm	Stockholm Bromma ASIH	44	0	2	42	0	0
Stockholm	Stockholm ASIH Långbro Park södra	34	0	0	33	1	0
Stockholm	Stockholm Ersta Hospiceklirik ASIH	27	1	0	26	0	1
Stockholm	Stockholm ASIH Långbro Park norra	26	0	1	25	0	1
Stockholm	Stockholm SSH palliativ	41	0	5	36	0	3

	öppenvård						
Stockholm	Stockholm ASIH Solna Sundbyberg	27	0	0	27	0	4
Strängnäs	Strängnäs ASIH	34	0	0	34	0	0
Södertälje	Södertälje sjukhus ASIH	75	1	1	73	0	5
Täby	Täby palliativa enheten ASIH	67	0	0	67	0	10
Umeå	Umeå Avancerad hemsjukvård	25	0	2	23	0	2
Uppsala	Uppsala sjukvårdstem	36	0	0	36	0	1
Västerås	Västerås LAH onk klin	32	0	0	32	0	0
Ängelholm	Ängelholm ASIH	49	0	1	48	0	0
Östersund	Östersund Storsjögläntan hemsjukvård	69	0	0	68	1	4

Kommentar: Täckningsgraden för denna vårdform är hög, upp mot 90 % av dödsfallen inom avancerad hemsjukvård i landet bedöms vara registrerade. Andelen plötsliga och oväntade dödsfall är mycket låg. Data som redovisas nedan kan därför anses vara representativa för hela den avancerade hemsjukvården i landet.

Cancerandel

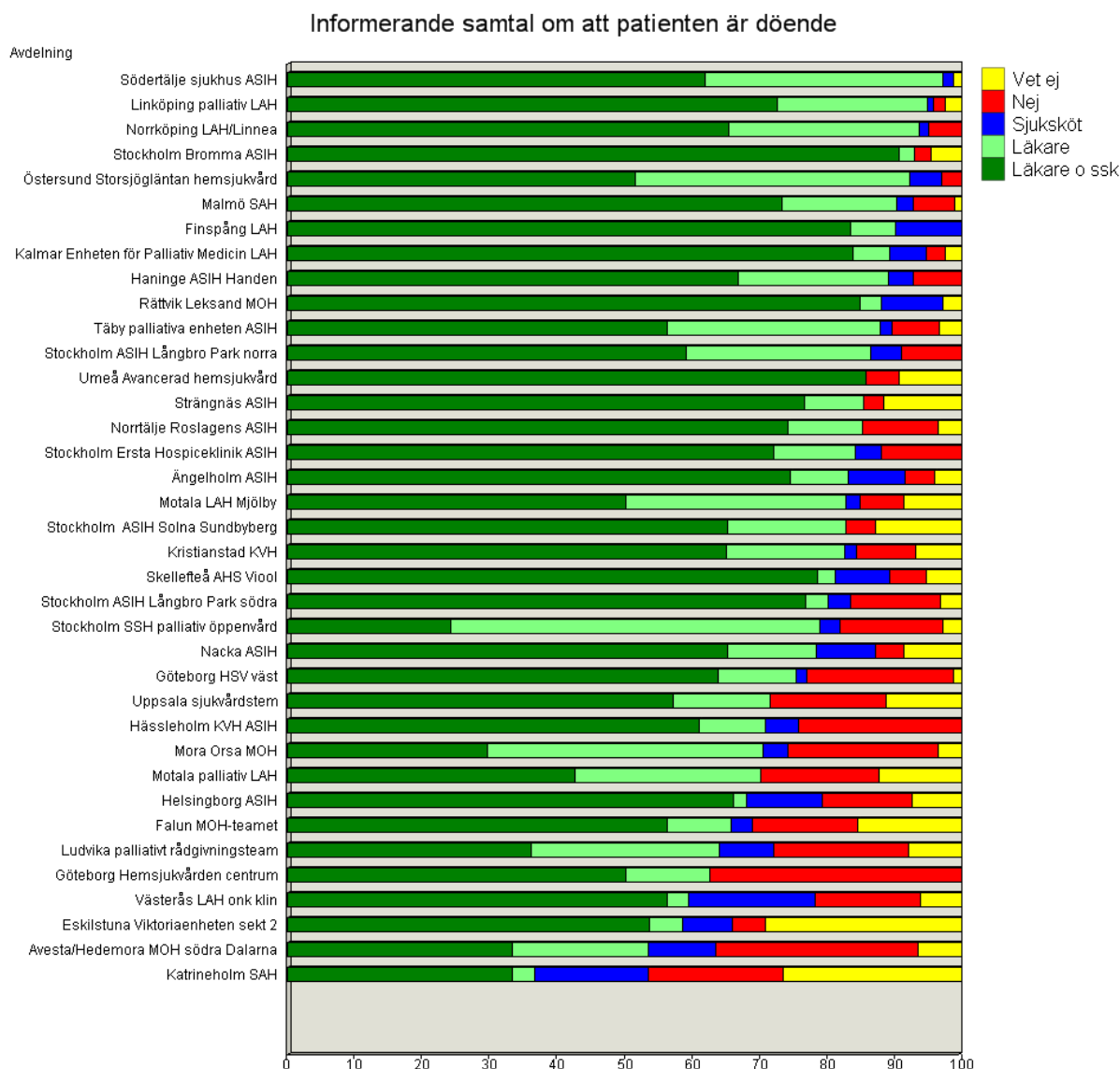
Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit inom avancerad hemsjukvård oavsett vårdgivare eller huvudman. Endast avdelningar där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (både väntade och oväntade) har tagits med. Dödsfall som lett till sk rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 1 650 dödsfall.



Kommentar cancerandel: Liksom med den specialiserade palliativa slutenvården har den avancerade hemsjukvården i Sverige av tradition huvudsakligen vårdat patienter med en cancerdiagnos. Andelen ligger på cirka 90 % och pekar mot att många patienter med icke-maligna sjukdomar och stora vårdbehov inte får ta del av den avancerade hemsjukvårdens vårdinnehåll. Det finns enheter som har en högre andel patienter med icke-malign diagnos och ett mål bör vara att denna andel ökar generellt.

Information till den döende

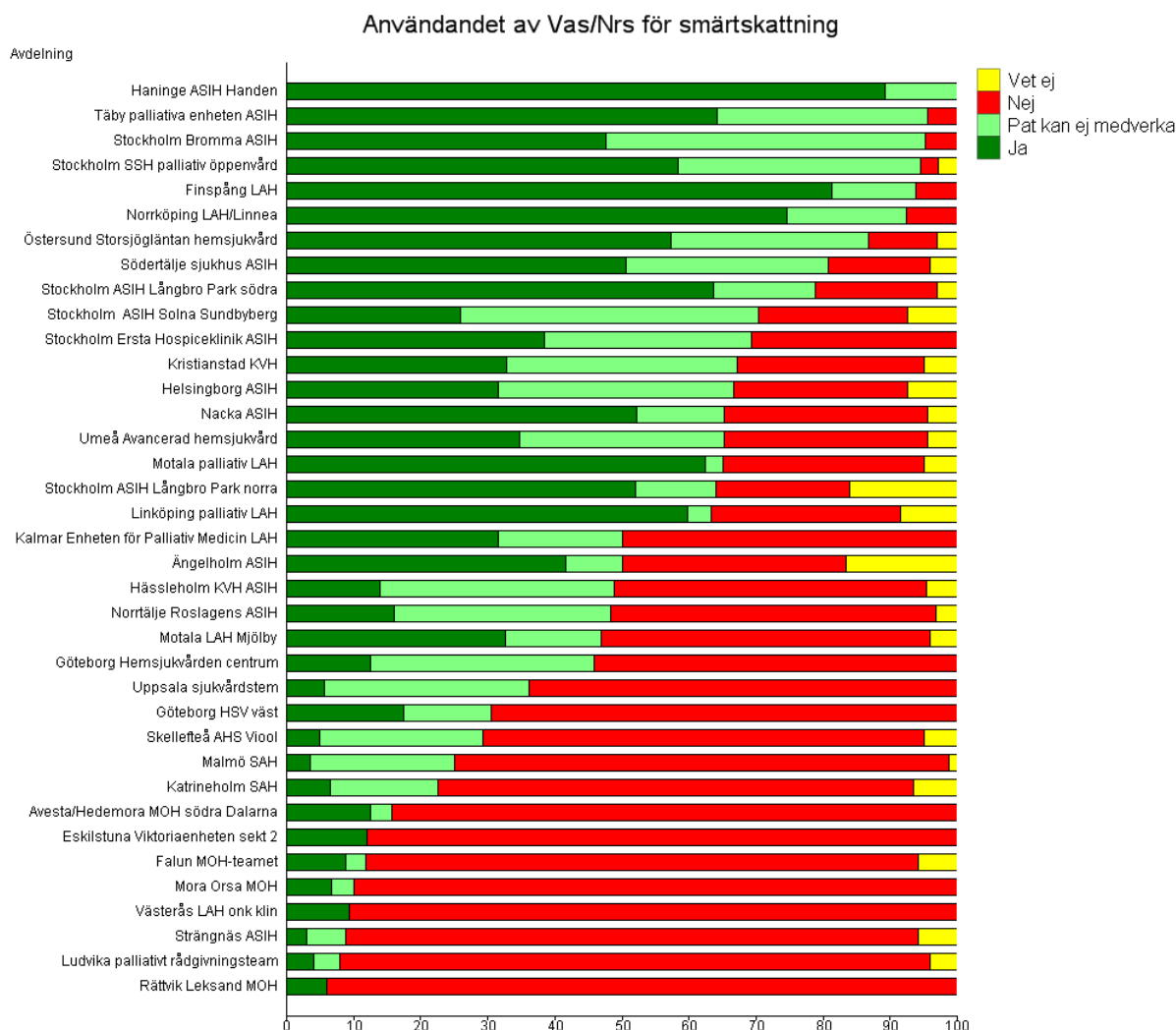
Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit inom avancerad hemsjukvård oavsett vårdgivare eller huvudman. Endast avdelningar där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Den avlidne skall dessutom ha bedömts ha kvar sin förmåga till självbestämmande inom timmar eller dagar före dödsfallet. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 1 535 dödsfall.



Kommentar information: Patienten har enligt Hälso- och sjukvårdslagen rätt till ett informeraende läkarsamtal om behandlingsalternativ och prognos, och detta är särskilt viktigt i livets slutskede. Andelen patienter som får dessa samtal varierar mellan 40 och 100 % inom den avancerade hemsjukvården. Jämfört med den palliativa slutenvården är det en mindre andel "Vet ej"- svar tydande på en bättre dokumentation. Det är vanligare i den avancerade hemsjukvården jämfört slutenvården att en sjuksköterska ger denna typ av information, något som alltså läkaren egentligen är skyldig att göra.

Smärtskattning med VAS/NRS

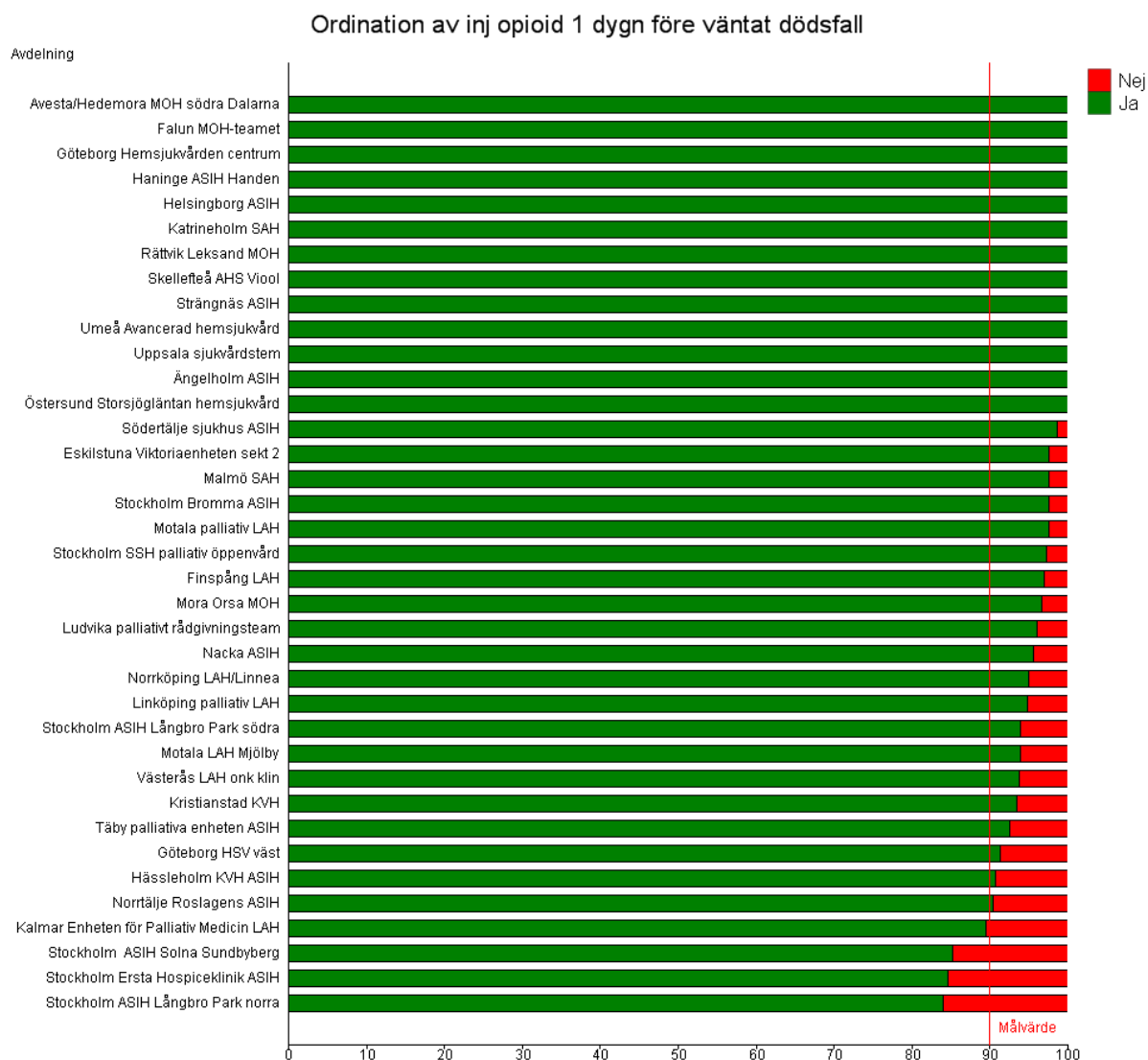
Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit inom avancerad hemsjukvård oavsett vårdgivare eller huvudman. Endast avdelningar där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 1 610 dödsfall.



Kommentar smärtskattning: Användandet av VAS/NRS är en kvalitetsindikator för god cancervård enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2007. Om 80 % ses som ett rimligt mål följer att endast åtta avancerade hemsjukvårdsenheter når upp till denna nivå. Siffrorna över landet varierar mellan 5 och 90 %, och andelen patienter där man angett att han/hon inte kan medverka bör minska eftersom det idag finns smärtskattningssinstrument även för denna patientgrupp. Det är anmärkningsvärt att så många avancerade hemsjukvårdsteam använder dessa instrument i så liten omfattning, och om resultaten kvarstår bör orsakerna bakom detta specialstuderas.

Ordination av injektion opioid vid behov

Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit inom avancerad hemsjukvård oavsett vårdgivare eller huvudman. Endast avdelningar där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 1 610 dödsfall.

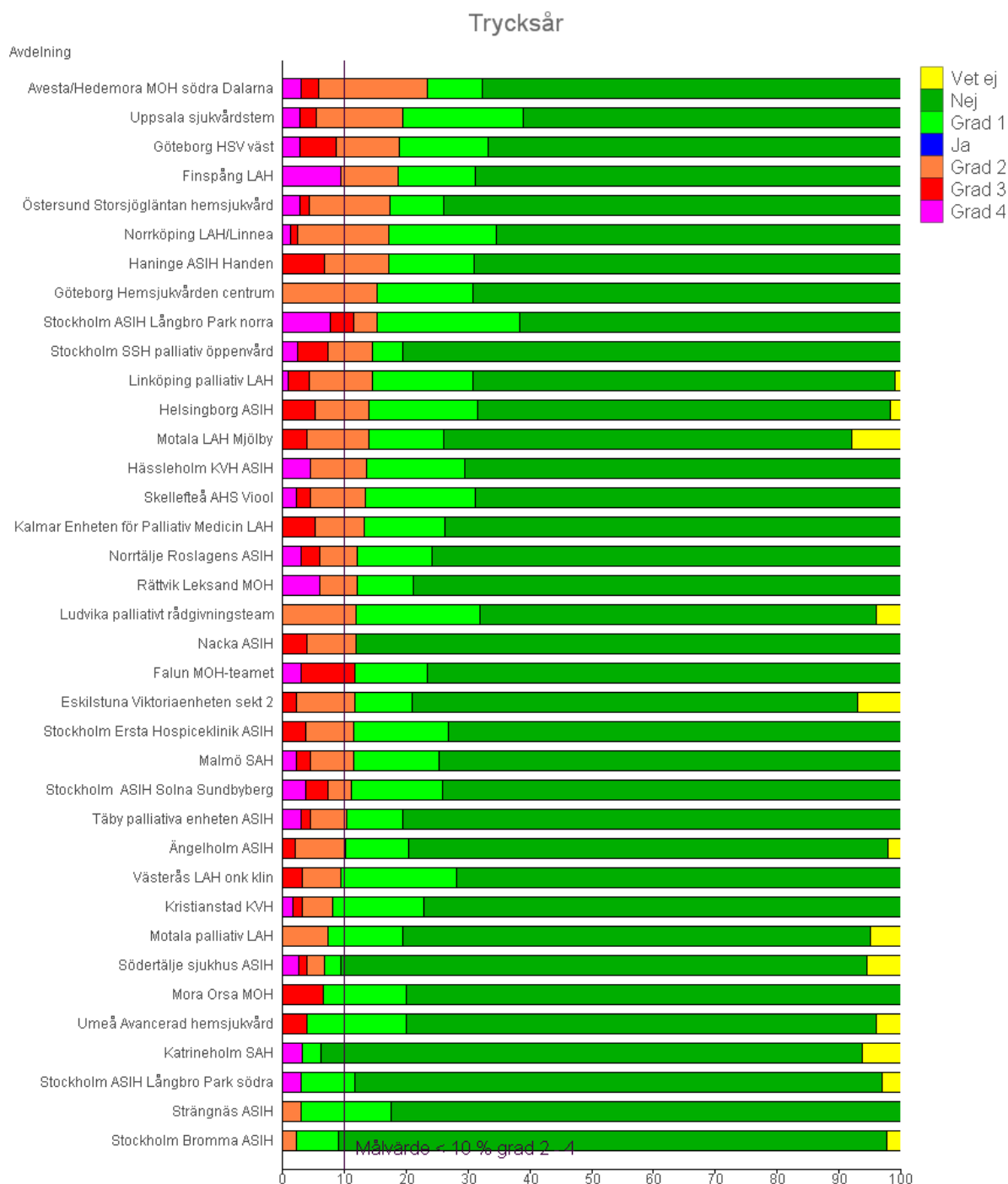


Kommentar ordination: Även denna fråga har status av nationell kvalitetsindikator för god cancervård och resultaten är mycket goda för den avancerade hemsjukvården. Tre enheter i Stockolmsområdet når inte målvärdet 90 %, men kan säkert genom en översyn av sina rutiner sälla sig till den stora skaran av måluppfyllare.

Trycksår

Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit inom avancerad hemsjukvård oavsett vårdgivare eller huvudman. Endast avdelningar där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (både väntade och oväntade) har tagits med. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 1 650 dödsfall.

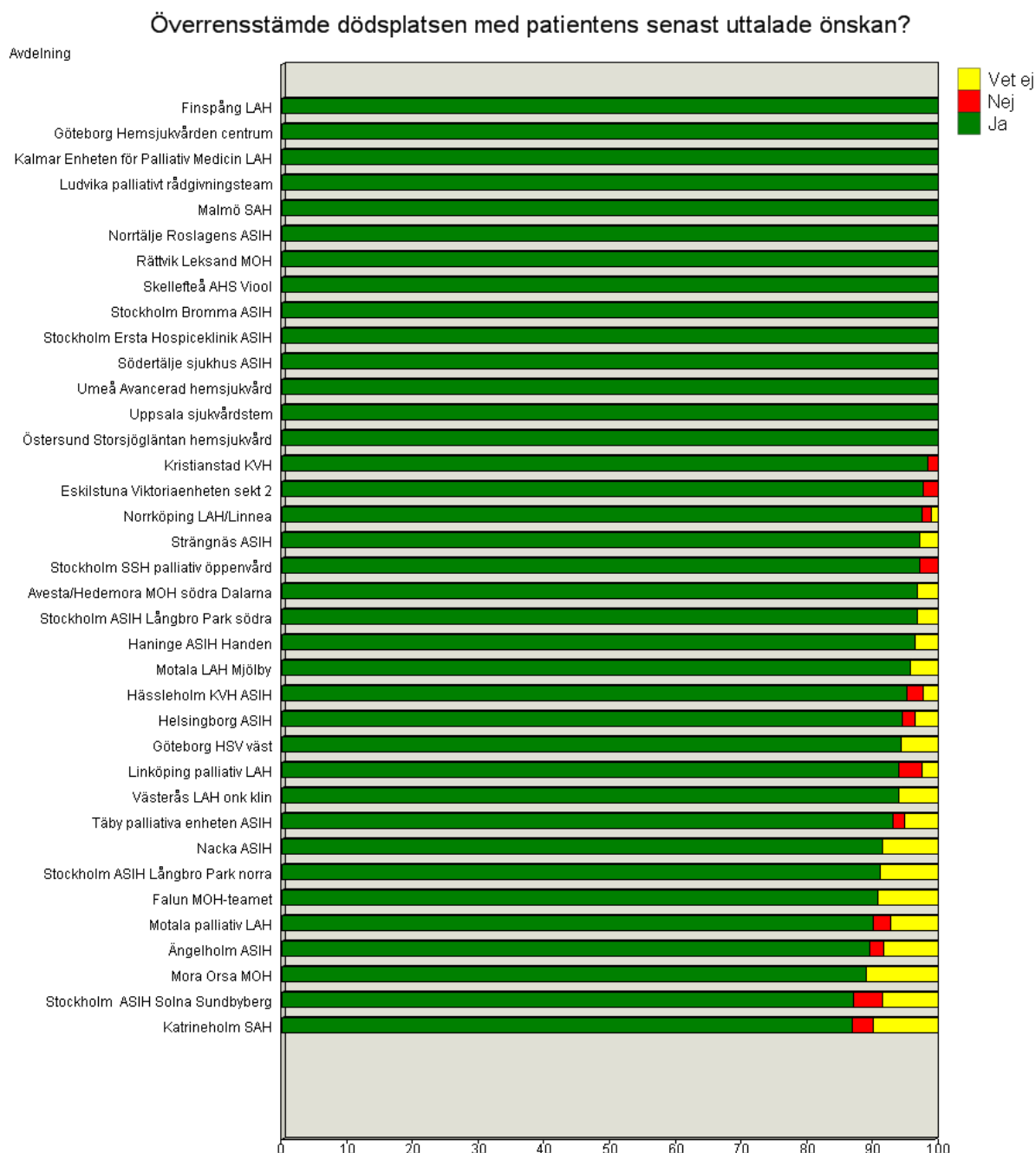
Ordningen uppifrån bestäms av den sammanlagda andelen trycksår grad 2-4 enligt Nortonskalan, dvs med hudskada. Grad 2= blåsbildning eller hudavskrap Grad 3 = hudgenombrott men ej genom muskel Grad 4 = hudgenombrott samt genom/in i muskel, sena och/eller ben.



Kommentar trycksår: Målnivån för trycksår med hudskada grad 2 till 4 är satt till max 10 %. Elva enheter klarar denna nivå. Generellt sett är resultaten goda inom den avancerade hemsjukvården. Om den högre andelen trycksår förklaras av en högre uppmärksamhet på hudkostymen kan inte besvaras utifrån 2010 års data, men kommer däremot att kunna belysas med hjälp av den nya patientenkäten som används från och med 2011-01-01.

Dödsplats i enlighet med senast kända önskemål

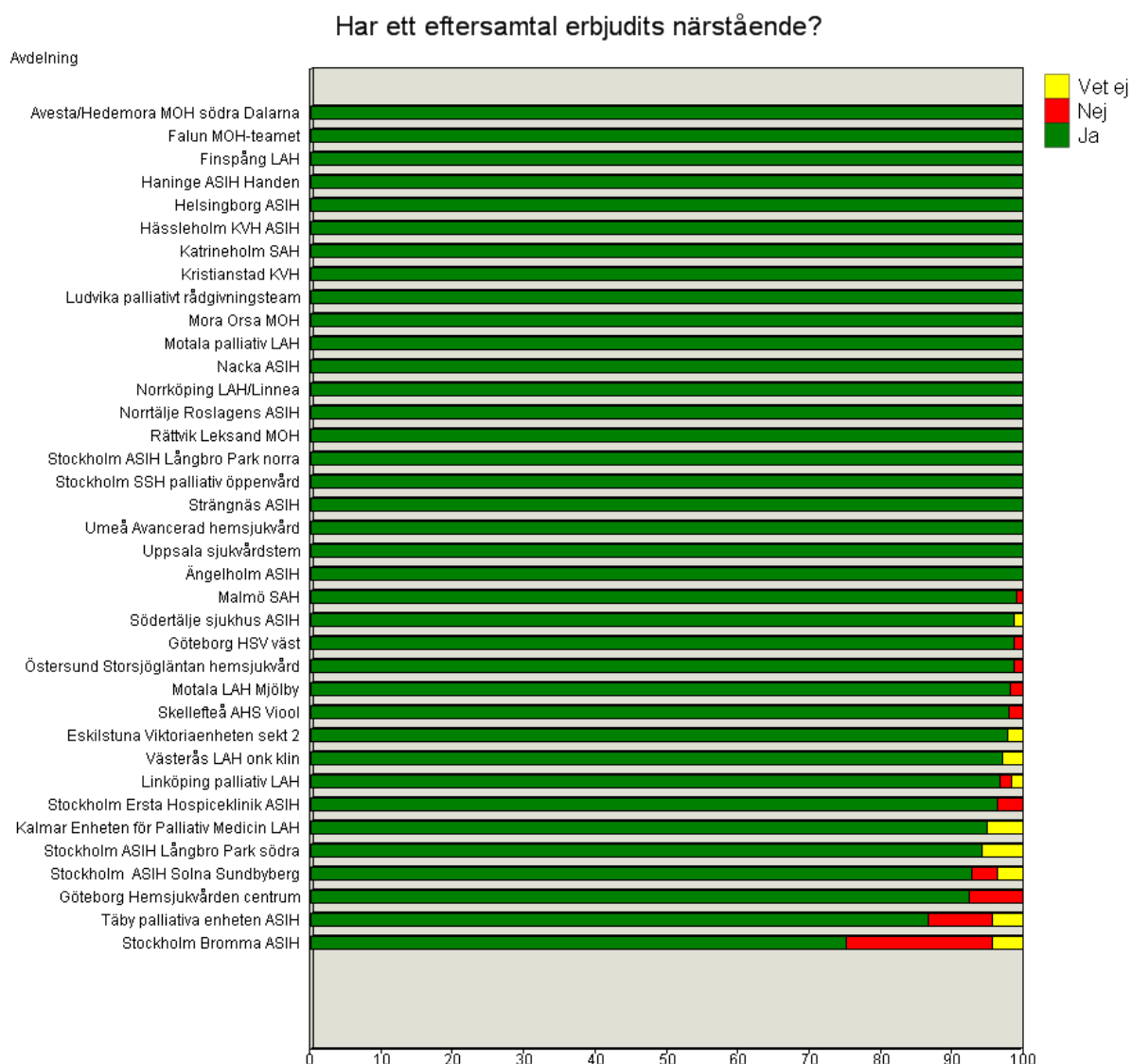
Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit inom avancerad hemsjukvård oavsett vårdgivare eller huvudman. Endast avdelningar där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Den avlidne skall dessutom ha bedömts ha kvar sin förmåga till självbestämmande inom timmar eller dagar före dödsfallet. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 1 535 dödsfall.



Kommentar dödsplats: Denna fråga redovisar en av den avancerade hemsjukvårdens tydliga styrkor. Andelen patienter som dör på den plats de önskar ligger på de flesta enheter över 90 % och andelen "Vet ej"- svar är låg.

Erbjudande av eftersamtal

Nedanstående diagram redovisar samlad data som enligt dödsfallsenkäten avlidit inom avancerad hemsjukvård oavsett vårdgivare eller huvudman. Endast avdelningar där 25 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (både väntade och oväntade) har tagits med. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 1 650 dödsfall.



Kommentar eftersamtal: Nästan alla enheter erbjuder efterlevandesamtal i mer än 90 % av fallen. Bromma kan ha skäl att se över sina rutiner kring detta. Erbjudande av dessa samtal är en viktig komponent i den specialiserade palliativa vården - siffrorna säger dock ingenting om huruvida efterlevandesamtalen verkligen genomförts.

Basal hemsjukvård

Totalt 1 409 dödsfall har inrapporterats 2010. Av dessa har 640 rapporterats från 26 kommuner med minst 15 rapporterade dödsfall enligt nedanstående tabell.

I nedanstående tabell avser "Kommun" den kommun där den inrapporterande verksamheten ligger, "Antal reg totalt" det totala antalet kompletta registreringar 2010, "Plötsligt" antalet dödsfall som gått till s k rättsmedicinsk obduktion och därmed endast besvarat de allra första frågorna (ingår inte i någon annan statistik), "Oväntat" antalet dödsfall som av vårdpersonalen bedömts som oväntade och därmed inte kan vara föremål för någon vårdplanering inför livets slut, "Väntat" antalet dödsfall som av vårdpersonalen bedömts som väntade och därmed skall vara föremål för en fortlöpande vårdplanering och uppföljning inför livets slut, "Vet ej" antalet dödsfall där vårdpersonalen inte i efterhand kunnat ta ställning till om dödsfallet var väntat samt "Tappat självbestämmande" antalet dödsfall (som redan ingår i de tidigare kolumnerna) där vårdpersonalen bedömt att den avlidne förlorat sin förmåga till självbestämmande och därmed inte kunnat delta i diskussioner om sin vård veckor, månader eller år före dödsfallet.

Kommun	Avdelning	Antal reg totalt	Plötsligt	Oväntat	Väntat	Vet ej	Tappat självbestämmande
		640	21	84	528	7	61
Ale	Ale hemsjukvård	15	0	2	13	0	3
Alingsås	Alingsås Brunnsgränd hemsjukvård	10	0	0	10	0	0
Alingsås	Alingsås Haga hemsjukvård	10	0	1	9	0	0
Alingsås	Alingsås Tuvegården hemsjukvård	3	0	0	3	0	0
Alingsås	Alingsås Hemsjögården hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Alingsås	Alingsås Sollebrunn Bjärke hemsjukvård	7	0	0	7	0	1
Alvesta	Alvesta Högåsen hemsjukvård	7	0	3	4	0	0
Alvesta	Alvesta Furuliden hemsjukvård	4	0	1	3	0	0
Alvesta	Alvesta Björkliden hemsjukvård	2	0	1	1	0	0
Alvesta	Alvesta Asken hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Alvesta	Alvesta Bryggaren ute	1	0	1	0	0	0
Alvesta	Alvesta Furuliden	1	0	0	1	0	0
Alvesta	Alvesta hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Alvesta	Alvesta Högåsen	1	0	0	1	0	0
Alvesta	Alvesta Torsgården hemsjukvård	1	0	1	0	0	0
Arvika	Arvika Korpralen hemsjukvård	3	0	0	3	0	0
Arvika	Arvika Smedberg hemsjukvård	3	0	0	3	0	0
Arvika	Arvika Garvaren hemsjukvård	2	0	0	2	0	0
Arvika	Arvika Edane hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Arvika	Arvika kir avd 10	1	0	0	0	1	0
Arvika	Arvika Strand hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Arvika	Arvika Sulvik hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Arvika	Arvika psyk	1	0	0	1	0	1
Arvika	Arvika Tapeten/Hamngatan hemsjukvård	2	0	0	2	0	2
Bollnäs	Bollnäs Arbrå VC	6	0	0	6	0	0

Bollnäs	Bollnäs Kilafors VC	1	0	1	0	0	0
Bollnäs	Bollnäs Ljusne HC	1	0	0	1	0	0
Bollnäs	Bollnäs Mitt Hjärta HC	8	0	1	7	0	2
Emmaboda	Emmaboda hemsjukvård	19	0	0	18	1	2
Falköping	Falköping Mösseberg hemsjukvård	4	0	0	4	0	0
Falköping	Falköping Stenstorp hemsjukvård	3	0	1	2	0	0
Falköping	Falköping Vartofta hemsjukvård	3	0	1	2	0	0
Falköping	Falköping Hjorten hemsjukvård	2	0	0	2	0	0
Falköping	Falköping St.Olofsgatan 11 hemsjukvård	2	0	2	0	0	0
Falköping	Falköping Mösseberg säbo	1	0	0	1	0	1
Falköping	Falköping Floby hemsjukvård	8	0	0	8	0	2
Halmstad	Halmstad Centrum hemsjukvård	12	1	1	10	0	0
Halmstad	Halmstad Vallås hemsjukvård	9	0	1	8	0	0
Halmstad	Halmstad Karl XI:s servicehus	4	0	0	4	0	0
Halmstad	Halmstad Eketånga hemsjukvård	3	0	0	3	0	0
Halmstad	Halmstad Oskarström hemsjukvård	2	0	0	2	0	0
Halmstad	Halmstad Oskarström Mossen hemsjukvård	2	0	1	1	0	0
Halmstad	Halmstad Tylösand hemsjukvård	2	0	0	2	0	0
Halmstad	Halmstad Andersberg hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Halmstad	Halmstad Bäckagården korttid	1	0	0	1	0	0
Halmstad	Halmstad Getinge hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Halmstad	Halmstad Linehed hemsjukvård	1	0	1	0	0	0
Halmstad	Halmstad Nyhems servicehus	1	0	0	1	0	0
Halmstad	Halmstad Pålsbo hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Halmstad	Halmstad Västersols hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Halmstad	Halmstad Furet/Holm hemsjukvård	3	0	0	3	0	1
Halmstad	Halmstad Dalsbo	1	0	0	1	0	1
Halmstad	Halmstad Vallås	1	0	0	1	0	1
Halmstad	Halmstad Öster hemsjukvård	10	0	0	10	0	2
Helsingborg	Helsingborg Ättekulla/Råå	1	0	1	0	0	0
Helsingborg	Helsingborg Ödåkra Kattarp hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Helsingborg	Helsingborg hemsjukvård C	7	0	0	7	0	1
Helsingborg	Helsingborg hemsjukvård D	6	0	2	4	0	2
Helsingborg	Helsingborg hemsjukvård A	6	1	0	5	0	3
Jönköping	Jönköping Huskvarna Rosenhälsans VC	8	0	1	7	0	0
Jönköping	Eksjö Mariannelund VC	1	0	0	1	0	0
Jönköping	Jönköping Ekhagens gästhem	1	0	0	1	0	0
Jönköping	Jönköping Hälsan 1 VC	1	0	0	1	0	0
Jönköping	Jönköping Wetterhälsan	1	0	0	1	0	0

Jönköping	Jönköping Huskvarna Kungshälsans VC	2	0	0	2	0	1
Jönköping	Jönköping Hälsan 2 VC	1	0	0	1	0	1
Jönköping	Jönköping Rosenlunds VC	1	0	0	1	0	1
Kalmar	Kalmar Enliden	5	1	1	3	0	0
Kalmar	Kalmar Södermöre hemsjukvård	2	1	0	1	0	0
Kalmar	Kalmar hemsjukvård 1	1	0	0	1	0	0
Kalmar	Kalmar hemsjukvård 6	1	0	0	1	0	0
Kalmar	Kalmar hemsjukvård 4	8	0	2	6	0	1
Kalmar	Kalmar hemsjukvård 2	3	0	0	3	0	1
Kalmar	Kalmar hemsjukvård 3	2	0	1	1	0	1
Kalmar	Kalmar hemsjukvård 5	1	0	0	1	0	1
Kalmar	Kalmar med avd 19	1	0	0	1	0	1
Karlskoga	Karlskoga Elefanten	3	0	0	2	1	0
Karlskoga	Karlskoga Nickkällan	3	1	1	1	0	0
Karlskoga	Karlskoga Rävåsen hemsjukvård	2	0	0	2	0	0
Karlskoga	Karlskoga Möckelns hemsjukvård	1	1	0	0	0	0
Karlskoga	Karlskoga palliativa konsultteamet	1	0	0	1	0	0
Karlskoga	Karlskoga Bergmästaren/Österbylaget hemsjukvård	8	0	2	6	0	1
Karlskrona	Karlskrona Lyckeby distrikt 3 PV	3	0	1	2	0	0
Karlskrona	Karlskrona Lyckeby Torhamn PV	3	0	1	2	0	0
Karlskrona	Karlskrona Lyckeby distrikt 2 PV	2	0	0	2	0	0
Karlskrona	Karlskrona Lyckeby Sturkö PV	2	0	0	2	0	0
Karlskrona	Karlskrona Lyckeby distrikt 4 PV	1	0	0	1	0	0
Karlskrona	Karlskrona Lyckeby distrikt 1 PV	4	0	0	4	0	1
Lerum	Lerum hemsjukvård	16	1	1	14	0	0
Lerum	Lerum Gråbo hemsjukvård	7	0	0	7	0	0
Lerum	Lerum Tuvängen korttid	1	0	0	1	0	0
Lerum	Lerum Floda hemsjukvård	7	0	3	4	0	1
Lidköping	Lidköping Vinninga hemsjukvård	5	0	3	2	0	0
Lidköping	Lidköping hemsjukvård omr 11	1	0	0	1	0	0
Lidköping	Lidköping hemsjukvård omr 13	1	0	0	1	0	0
Lidköping	Lidköping hemsjukvården omr 12	3	1	1	1	0	1
Lidköping	Lidköping hemsjukvård omr 14	5	0	0	5	0	2
Ljungby	Ljungby Haraberget hemsjukvård	5	0	1	4	0	0
Ljungby	Ljungby Ryssby/Agunnaryd hemsjukvård	3	1	1	1	0	0
Ljungby	Ljungby Hånger/Replösa hemsjukvård	2	0	0	2	0	0
Ljungby	Ljungby Lagan V hemsjukvård	2	0	1	1	0	0
Ljungby	Ljungby Centrum/Humlan hemsjukvård	1	0	0	1	0	0

Ljungby	Ljungby Lagan Ö hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Ljungby	Ljungby Ljunsätra	1	0	0	1	0	0
Ljungby	Ljungby Ågård hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Mörbylånga	Mörbylånga hemsjukvård söder	11	0	0	9	2	0
Mörbylånga	Mörbylånga hemsjukvård norr	5	0	1	4	0	0
Mörbylånga	Mörbylånga säbo	1	0	0	1	0	0
Oskarshamn	Oskarshamn hemsjukvård centrum	11	1	2	8	0	0
Oskarshamn	Oskarshamn hemsjukvård söder	10	0	1	9	0	0
Oskarshamn	Oskarshamn hemsjukvård norr	2	0	0	2	0	0
Oskarshamn	Oskarshamn hemsjukvård väster	1	0	0	1	0	0
Oskarshamn	Oskarshamn med avd 41	1	0	0	1	0	0
Oskarshamn	Oskarshamn hemsjukvård Solbacka	10	0	1	9	0	2
Skara	Skara Valle hemsjukvård	10	1	3	6	0	0
Skara	Skara Brogårn hemsjukvård	6	0	0	6	0	0
Skara	Skara Djäkne hemsjukvård	3	0	0	3	0	0
Skara	Skara Ardala hemsjukvård	2	0	0	2	0	0
Sunne	Sunne PV enh 2	3	0	0	3	0	0
Sunne	Sunne PV enh 3	11	0	1	10	0	1
Sunne	Sunne PV enh 1	10	0	0	10	0	1
Ulricehamn	Ulricehamn Hökerumsgården hemsjukvård	4	2	0	2	0	0
Ulricehamn	Ulricehamn Dalum Parkgården somatik	1	1	0	0	0	0
Ulricehamn	Ulricehamn Ryttershov hemsjukvård	1	0	1	0	0	0
Ulricehamn	Ulricehamn Solrosen hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Ulricehamn	Ulricehamn Kullen senior	8	0	1	6	1	1
Ulricehamn	Ulricehamn Dalum Parkgården hemsjukvård	4	0	0	4	0	1
Ulricehamn	Ulricehamn Gällstad Ekerö hemsjukvård	3	0	0	3	0	1
Ulricehamn	Ulricehamn Kullen hemsjukvård	1	0	1	0	0	1
Uppsala	Uppsala Gottsunda hemsjukvård	4	1	1	2	0	0
Uppsala	Uppsala Bellman hemsjukvård	2	0	1	1	0	0
Uppsala	Uppsala Liljefors hemsjukvård	2	0	1	1	0	0
Uppsala	Uppsala Fålhagens hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Uppsala	Uppsala Västra staden hemsjukvård 2	1	0	1	0	0	0
Uppsala	Uppsala Vaksala hemsjukvård	9	2	0	6	1	1
Uppsala	Uppsala Luthagen hemsjukvård	4	0	0	4	0	1
Uppsala	Uppsala Njord/Gudrun hemsjukvård	2	0	0	2	0	1
Uppsala	Uppsala Storvreta Vattholma/Rasbo hemsjukvård	5	1	1	3	0	2

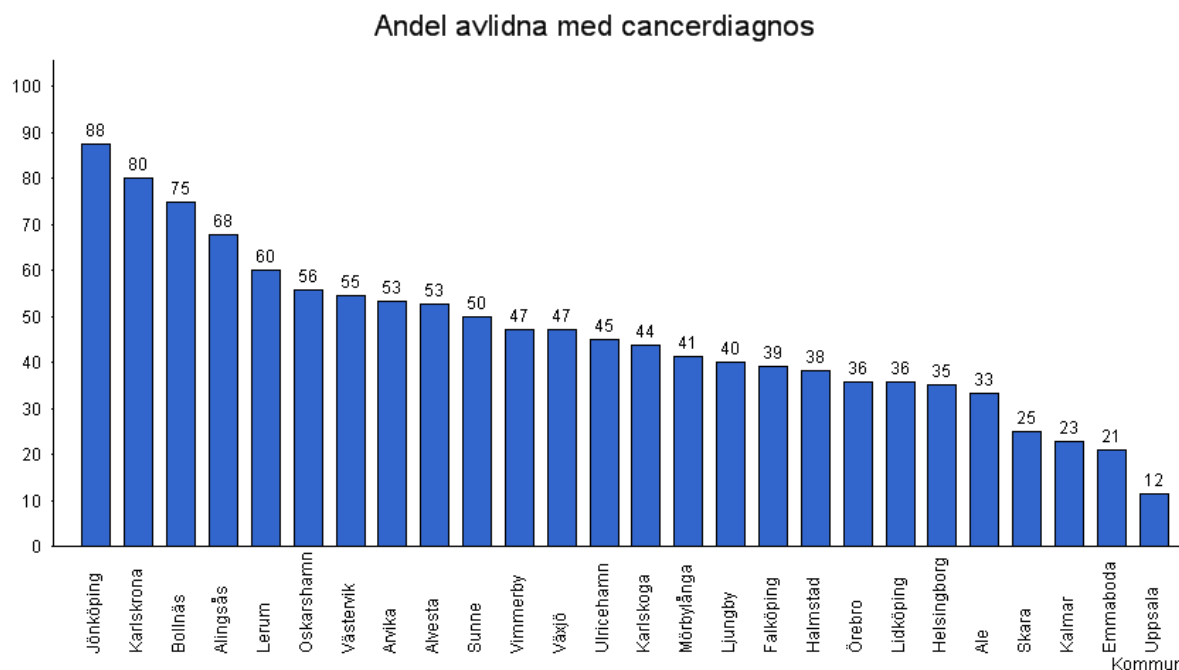
Vimmerby	Vimmerby hemsjukvård	16	0	0	16	0	0
Vimmerby	Vimmerby Kvillgården	1	0	0	1	0	0
Västervik	Västervik hemsjukvård norr	10	0	2	8	0	0
Västervik	Västervik hemsjukvård söder	2	0	0	2	0	0
Västervik	Västervik hemsjukvård centrala	21	0	6	15	0	3
Växjö	Växjö söder hemsjukvård	6	0	4	2	0	0
Växjö	Växjö Teleborg hemsjukvård	6	0	3	3	0	0
Växjö	Växjö Braås hemsjukvård	3	0	0	3	0	0
Växjö	Växjö Lammhult hemsjukvård	3	0	1	2	0	0
Växjö	Växjö Rottne hemsjukvård	3	0	0	3	0	0
Växjö	Växjö centrum hemsjukvård	2	0	0	2	0	0
Växjö	Växjö Ingelstad hemsjukvård	2	1	1	0	0	0
Växjö	Växjö väster hemsjukvård	2	0	0	2	0	0
Växjö	Växjö öster/Högstorp/norr/Åryds hemsjukvård	2	0	2	0	0	0
Växjö	Växjö Birkagården	1	0	0	1	0	0
Växjö	Växjö Hov-Sand hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Växjö	Växjö omsorg	1	0	1	0	0	0
Växjö	Växjö Vederslöv Kinnevaldsgården	1	0	0	1	0	0
Växjö	Växjö Öjaby hemsjukvård	3	1	0	2	0	1
Örebro	Örebro Haga hemsjukvård	7	0	2	5	0	0
Örebro	Örebro Odensbacken Östernärke hemsjukvård	7	0	0	7	0	0
Örebro	Örebro Fokus hemsjukvård	3	0	0	3	0	0
Örebro	Örebro Berggården	2	0	0	2	0	0
Örebro	Örebro Vivalla/Lundby hemsjukvård	2	0	0	2	0	0
Örebro	Örebro Norrby/Sofia hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Örebro	Örebro Vesslan hemsjukvård	1	0	0	1	0	0
Örebro	Örebro Älvtomt hemsjukvård	13	1	1	11	0	1
Örebro	Örebro Almby hemsjukvård	8	0	0	8	0	1
Örebro	Örebro Axbergs hemsjukvård	6	0	0	6	0	1
Örebro	Örebro Gillets hemsjukvård	3	0	0	3	0	1
Örebro	Örebro Jeremiasgården	1	0	0	1	0	1

Kommentar: Det är glädjande att så många registreringar inkommit under 2010 från denna vårdform att vi nu kan redovisa dessa i årsrapporten. Det är påtagligt jämfört med andra vårdformer att antalet dödsfall per enhet och år oftast är litet. Många enheter måste registrera för att en kommun ska nå över gränsen på 15 dödsfall/år. En del av detta kan bero på att många enheter har börjat registrera under året, men innebär också att vård i livets slutskede är en relativt ovanlig förekomst för personalen. Detta ställer stora krav på såväl utarbetade rutiner och att specifik kompetens ändå finns i arbetsgruppen för att vårdinnehållet ska bli optimalt för vårdtagaren. 83% av dödsfallen inom den basala hemsjukvården är förväntade.

Cancerandel

Nedanstående diagram redovisar samlat den procentuella andel som enligt dödsfallsenkäten avlidit i basal hemsjukvård oavsett vårdgivare eller huvudman. Kommun avser den kommun som den rapporterade enheten har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 15 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (både väntade

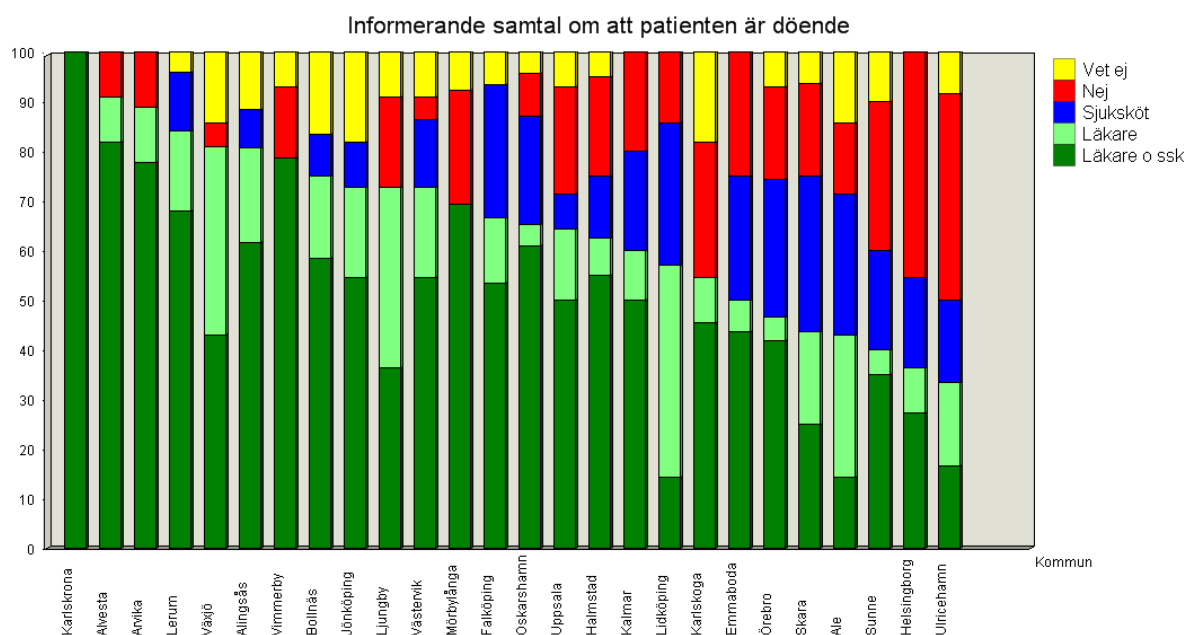
och oväntade) har tagits med. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 619 dödsfall.



Kommentar cancerandel: Medtanke på att cirka 24 % av dödsfallen i Sverige orsakas av cancer enligt dödsorsaksstatistiken är det stora spannet i cancerandelen i ovanstående figur svårt att förklara. Möjligen kan orter med palliativa rådgivningsteam göra att andelen är större än på orter där ASIH-verksamheter sköter och registrerar merparten av cancerpatienter som dör i de egna hemmen.

Information till den döende

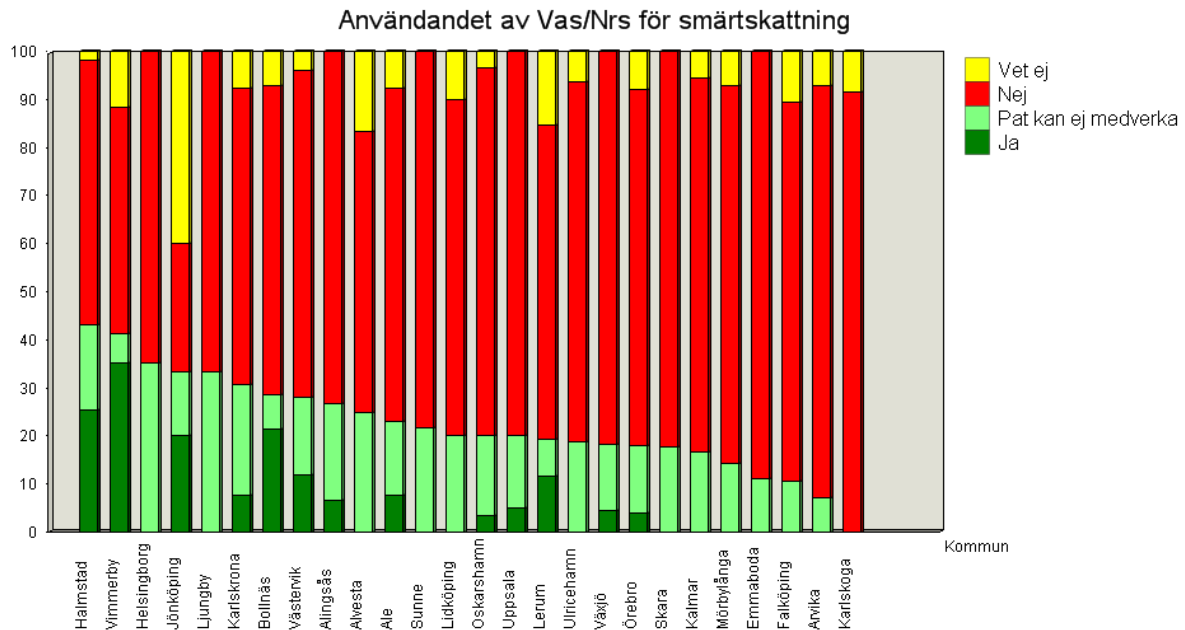
Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit i basal hemsjukvård oavsett vårdgivare eller huvudman. Kommun avser den kommun som den rapporterade enheten har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 15 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Den avlidne skall dessutom ha bedömts ha kvar sin förmåga till självbestämmande inom timmar eller dagar före dödsfallet. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 432 dödsfall.



Kommentar information: Skillnaderna mellan kommunerna är stor vad gäller läkarmedverkan i ett informeraende samtal med patienten. Från Karlskronas 100 % ner till cirka 30 % i Ulricehamn. Allra helst i kommuner med låg andel gör sjuksköterskorna det de kan (blå staplar) för att kompensera för bristande läkarmedverkan. Hälso- och sjukvårdslagen är tydlig på att ansvaret ligger helt på läkarna. Intressant vore ett erfarenhetsutbyte med de kommuner som anger en hög andel. Hur gör man?

Smärtskattning med VAS/NRS

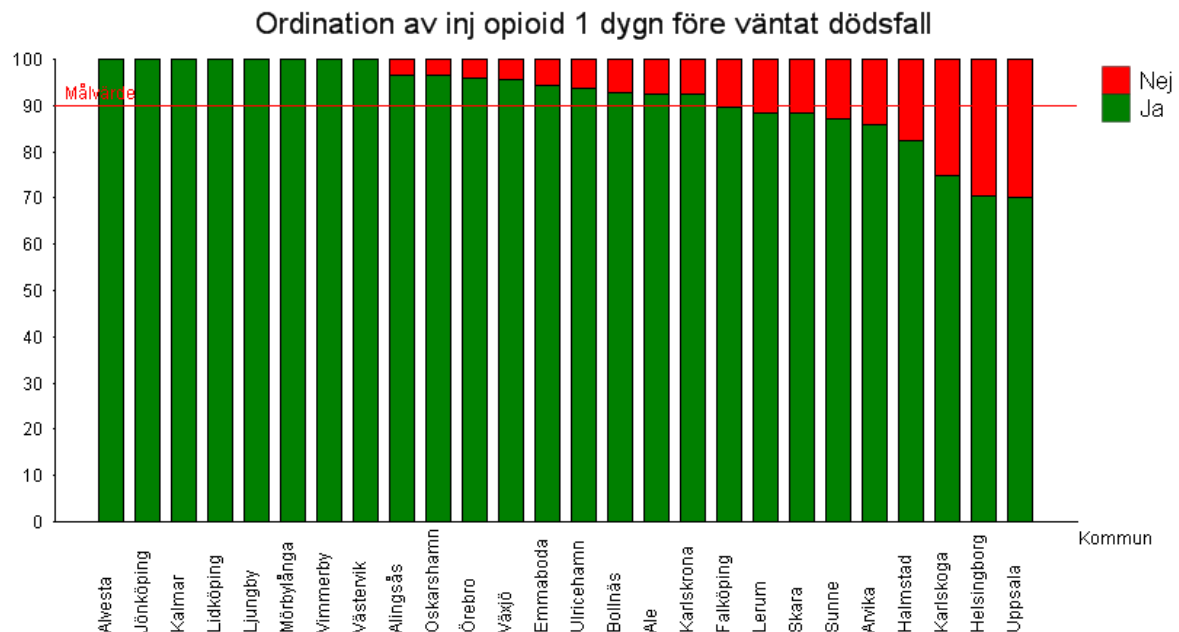
Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit i basal hemsjukvård oavsett vårdgivare eller huvudman. Kommun avser den kommun som den rapporterade enheten har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 15 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Dödsfall som lett till sk rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 528 dödsfall.



Kommentar smärtskattning: Smärtskattning förekommer i 35 % av fallen i Vimmerby och i 25 % i Halmstad medan det i många kommuner saknas helt. Oavsett hur van personalen är kan man inte fullt ut se på en person att hon eller han har ont och hur hög smärtintensitet det är. Utan systematisk skattning lämnas mycket smärta obehandlad eller otillräckligt behandlad. Att detektera smärtan är första steget för att kunna lindra den. Eftersom kravet för att vara med i diagrammet är satt så lågt som minst 15 dödsfall/kommun kan skillnaderna också i vissa fall förklaras av några enskilda fall mer eller mindre. Noll % är förstås alltid noll oavsett hur liten nämnaren är.

Ordination av injektion opioid vid behov

Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit i basal hemsjukvård oavsett vårdgivare eller huvudman. Kommun avser den kommun som den rapporterade enheten har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 15 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Dödsfall som lett till sk rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 528 dödsfall.

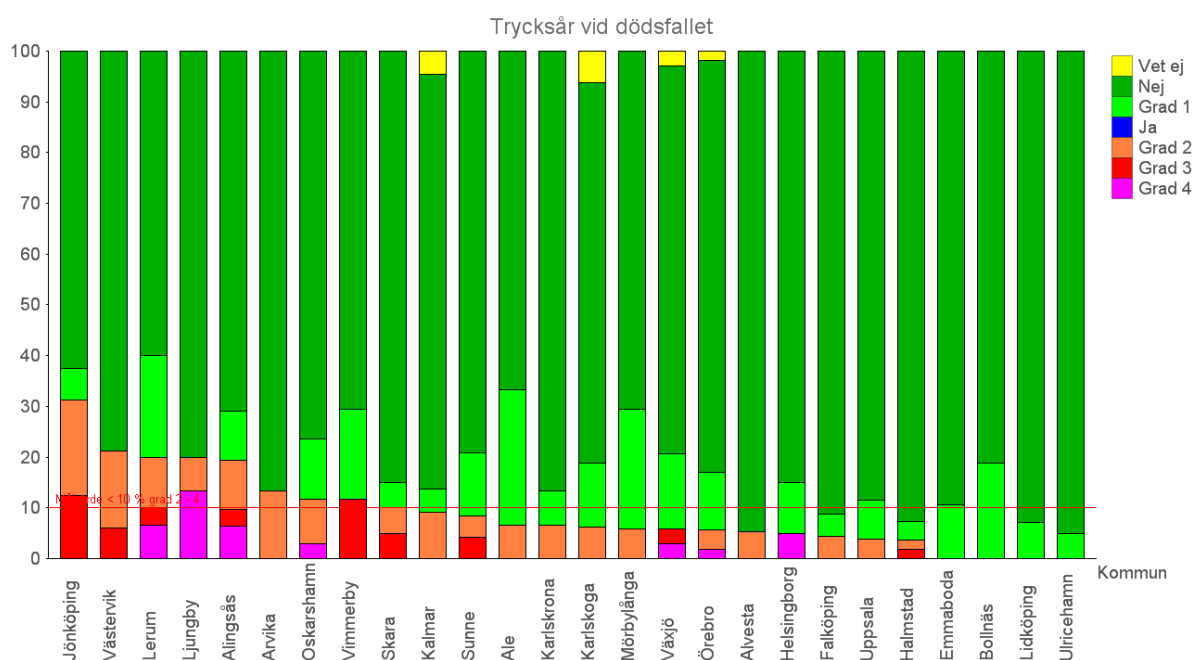


Kommentar ordination: I åtta kommuner finns vidbehovsordination för smärta i injektionsform i 100 % av fallen med det på andra ställen finns endast i ca 70 % (Helsingborg och Uppsala). Smärta är ett av de vanligaste symtomen i livets slutskede och dessutom ett symptom som många är rädda för. Att ha en vidbehovsordination ordinerad i förväg är ett utmärkt sätt att utan tidspillen kunna lindra eventuella smärtgenombrott.

Trycksår

Nedanstående diagram redovisar samlat de som enligt dödsfallsenkäten avlidit i basal hemsjukvård oavsett vårdgivare eller huvudman. Kommun avser den kommun som den rapporterade verksamheten har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 15 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (både väntade och oväntade) har tagits med. Dödsfall som lett till sk rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 619 dödsfall.

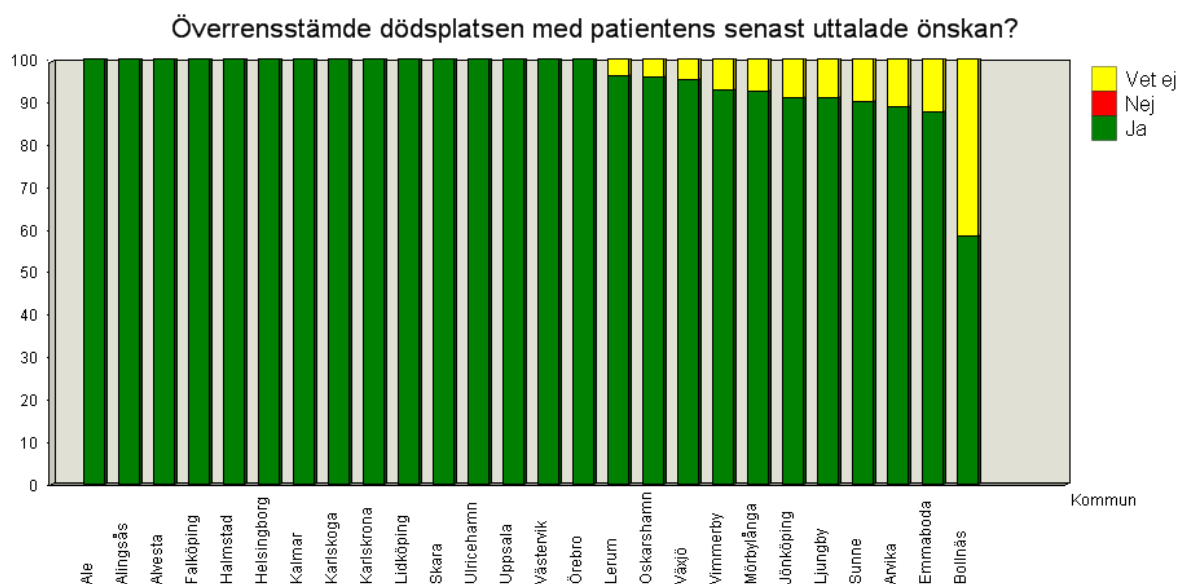
Sorteringsordningen bestäms av den sammanlagda andelen trycksår grad 2-4 enligt Nortonskalan, dvs med hudskada. Grad 2 = blåsbildning eller hudavskrap Grad 3 = hudgenombrott men ej genom muskel Grad 4 = hudgenombrott samt genom/in i muskel, sena och/eller ben.



Kommentar trycksår: Stora variationer i trycksårsförekomst noteras. Från Jönköpings dryga 30 % till 0 % i Emmaboda, Bollnäs, Lidköping och Ulricehamn. Om det senare beror på en falsk underrapportering vet vi inte. Om inte så är fallet torde ett utbyte mellan kommunerna vara mycket värdefullt för att minska trycksårsförekomsten betydligt. Glädjande är att andelen "vet ej"-svar är obefintlig eller mycket liten, vilket tyder på god dokumentation och/eller kommunikation mellan inblandad vårdpersonal. Andelen med trycksår i livets slutskede är en slutprodukt av hela vårdkedjan under livets sista tid. Dessa siffror säger inget om var i vårdkedjan såret uppkommit. Något som kommuner med lite högre siffror bör diskutera för att möjliggöra förbättringar. Denna aspekt har lyfts i den nya dödsfallsenkäten som togs i bruk 110101 i och med tillägget av en fråga om den sjuke hade trycksår vid ankomsten till enheten eller ej.

Dödsplats i enlighet med senast kända önskemål

Nedanstående diagram redovisar samlad de som enligt dödsfallsenkäten avlidit i basal hemsjukvård oavsett vårdgivare eller huvudman. Kommun avser den kommun som den rapporterade verksamheten har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 15 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (endast av sjukvården väntade) har tagits med. Den avlidne skall dessutom ha bedömts ha kvar sin förmåga till självbestämmande inom timmar eller dagar före dödsfallet. Dödsfall som lett till s k rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 432 dödsfall.

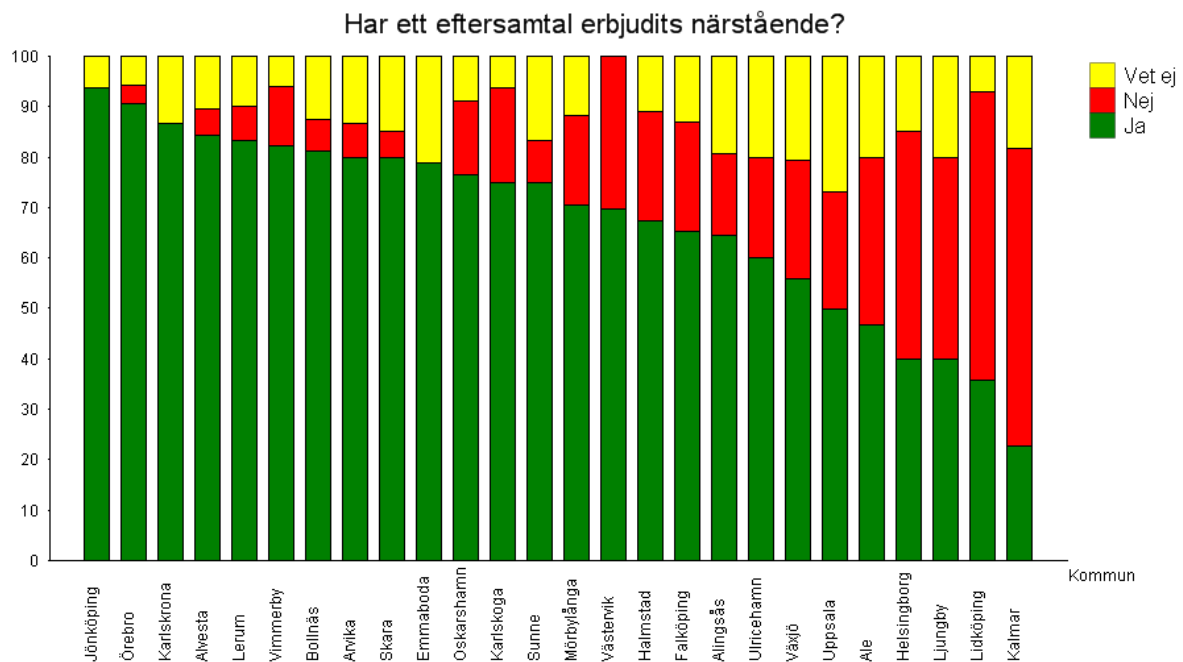


Kommentar dödsplats: Nästan alla var nöjda med att dö där de gjorde det. Dör man hemma så har man ofta diskuterat detta önskemål med samtliga inblandade, dvs närstående och vårdpersonal. I Bollnäs har man angivet "vet ej" i 40 % av fallen, oklart varför.

Erbjudande av eftersamtal

Nedanstående diagram redovisar samlad de som enligt dödsfallsenkäten avlidit i basal hemsjukvård oavsett vårdgivare eller huvudman. Kommun avser den kommun som den rapporterade verksamheten har sin hemvist i. Endast "kommuner" där 15 eller fler dödsfall rapporterats under 2010 (både väntade och oväntade) har tagits med. Dödsfall som lett till sk rättsmedicinsk obduktion är ej medräknade. Totalt 619 dödsfall.

Tabellen presenteras med fallande andelar för ja (= grönt), dvs att närstående erbjudits eftersamtal. Det säger ingenting om huruvida samtalet har genomförts eller formerna för och innehållet av ett sådant samtal.



Kommentar eftersamtal: Andelen där efterlevande erbjudits eftersamtal varierar mellan drygt 90 % (Jönköping, Örebro) till 20 % i Kalmar. Om så här stora variationer över landet i det palliativa vårdinnehåll som erbjuds medborgarna är rimliga och acceptabla måste diskuteras.

Cancerdiagnos

Täckningsgrad

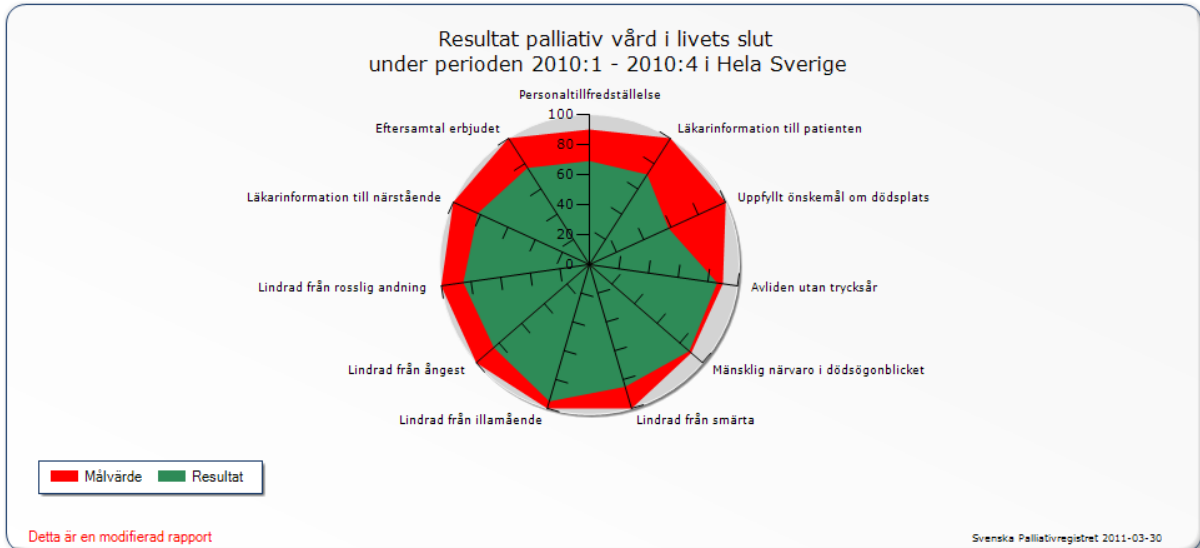
Täckningsgraden av cancerdödsfall är beräknad utifrån data i Socialstyrelsens statistikdatabas (antal döda, C00-D48, i åldersintervall 0-85+ år 2008)

	Täcknings- grad	Täcknings- grad	Registrerade cancerdödsfall	Täcknings- grad
År	2006	2008	2010	2010
Län	%	%	Antal	%
Blekinge län	0	14	210	43,8
Dalarnas län	43,6	65,8	591	82,2
Gotlands län	7,1	50,3	103	68,7
Gävleborgs län	24,6	37,3	557	72,3
Hallands län	7,8	24,5	308	43,8
Jämtlands län	28,3	53,7	229	68,6
Jönköpings län	11,1	21,5	419	51
Kalmar län	41,6	41,5	536	86,5
Kronobergs län	0	20,8	272	59,9
Norrbottnens län	3,1	28,2	315	51,2
Skåne län	14,4	35,5	1452	45,9
Stockholms län	17,7	46,6	2463	61,9
Södermanlands län	16,7	65,8	561	73,9
Uppsala län	11,6	52,1	426	60,5
Värmlands län	12,9	43	447	58,1
Västerbottens län	26	35,7	324	53,6
Västernorrlands län	11,3	24,3	279	38,1
Västmanlands län	0	20,4	310	50,2
Västra Götalands län	7,5	31,6	1899	50,6
Örebro län	0	36,5	402	56,1
Östergötlands län	40,3	55,9	832	76,3
Totalt riket	15,3	38,5	12935	57,3

Kommentar: I samtliga län ses en klar ökning av andelen registrerade cancerdödsfall från 2008 till 2010. Blekinge, Halland, Skåne och Västernorrland ligger runt 40 %. De övriga har nu passerat 50 %. Dalarna, Kalmar och Östergötland har t o m passerat 75 %. Riksgenomsnittet har därmed nått 57 %.

Resultat cancerdiagnos

Nedanstående bild visar en sammanfattning av de 12 450 dödsfall med cancerdiagnos som under 2010 inrapporterats som av sjukvården väntade dödsfall. Bilden består av 11 indikatorer med 0 i mitten och 100 % längst ut. Den rödfärgade delen utgör målvärde vilket täcks av det uppnådda gröna resultatet.



Kommentar: De största svagheter ligger inom området kommunikation uttryckt som att inte patienten erbjudits ett läkarsamtal om att han/hon uppfattas som döende respektive motsvarande diskussion om var patienten vill vårdas den sista tiden. Omvårdningsfaktorerna trycksår och mänsklig närvaro i dödsögonblicket når i stort sett målen. Tillräcklig symtomlindring rapporteras till mellan 85 och 95 %. Stöd till närstående i form av läkarinformation om att patienten uppfattas som döende respektive erbjudande om eftersamtal bör också utföras i högre omfattning.

Vårdinnehåll cancerpatienter

Är det någon skillnad i vårdinnehåll för cancerpatienter som är över 75 år?

Under 2010 registrerades 12 335 personer där cancer angavs som grundsjukdomen som orsakade dödsfallet. Dessa utgör 56 % av alla dödsfall p g a cancer i Sverige om man räknar med 22 000 cancerdödsfall/år. Av dessa var 6 305 äldre än 75 år och 6 028 yngre. 85 % av de äldre och 92 % av de yngre hade kvar sin förmåga till självbestämmande fram till timmar eller dagar före dödsfallet. Vi har inte kunskap om hur många av de registrerade personerna som helt saknade närstående, något som troligen är vanligare i den äldre åldersgruppen. Detta har justerats genom att ett nytt svarsalternativ har lagts till i den nya dödsfallsenkäten som har tagits i bruk 2011-01-01. Följaktligen får skillnader mellan grupperna avseende närstående tolkas med extra försiktighet.

Resultat

Det var betydligt vanligare bland de yngre med ett informerande läkarsamtal (77 % jämfört med 61 %). Även ett informerande läkarsamtal till närstående var vanligare i den yngre gruppen (88 % jämfört med 76 %).

Användandet av smärtskattning med VAS/NRS var vanligare i den yngre gruppen (24 % jämfört med 13 %). Denna skillnad förklaras till en mindre del med att andelen

som inte bedömdes kunna medverka var lite större i den äldre gruppen (25 % jämfört med 21 %).

Förekomsten av icke helt lindrade symtom skiljde sig inte nämnvärt mellan åldersgrupperna med undantag för oro/ångest som var vanligare bland de som var yngre än 76 år (18 % jämfört med 14 %). Andnöd 8 – 6 %, förvirring 4 %, illamående 5 %, rosslighet 16 – 14 % och smärta 15 %.

Förekomsten av trycksår grad 2-4 skiljde sig inte åt mellan grupperna utan var 11 % i båda.

Den yngre gruppen hade oftare injektionsläkemedel i vidbehovsordination för oro/ångest än den äldre (92 % jämfört med 84 %).

Den äldre åldersgruppen dog något oftare ensam (14 % jämfört med 10 %). Den största delen av förklaringen kan ses i att den äldre gruppen hade närstående närvarande mer sällan (62 % jämfört med 77 %). Personalens ökade närvaro i den äldre gruppen lyckades inte helt kompensera detta.

Dödsplatsen motsvarade oftare patientens senast uttalade önskan i den yngre åldersgruppen (64 % jämfört med 57 %).

Fler närstående erbjöds eftersamtal i den yngre gruppen (82 % jämfört med 72 %).

Sammanfattning

Sammanfattningsvis tyder dessa resultat på att cancerpatienter äldre än 75 år i många centrala avseenden inte får ta del av samma palliativa vårdinnehåll som de yngre cancerpatienterna. De äldre patienterna får mer sällan informerande läkarsamtal, smärtskattning med VAS/NRS, vidbehovsläkemedel i injektionsform för oro/ångest, dö på den plats där man vill dö och ha någon vid sin sida i dödsögonblicket. Dessutom är det färre av de äldre patienterna som dör av cancer där närstående erbjuds ett eftersamtal.

Är det skillnad i vårdinnehåll mellan kvinnor och män?

Andelen patienter som fått informerande läkarsamtal var större bland män (46 % av männen jämfört med 38 % av kvinnorna). Detta gällde även informerande läkarsamtal till närstående (67 % jämfört med 61 %). Ungefär hälften av skillnaden i informerande läkarsamtal kan troligen hänföras till att kvinnorna som grupp hade större andel som hade förlorat sin förmåga till självbestämmande redan år före dödsfallet (10 % jämfört med 6 %).

I övriga vårdinnehållsfrågor skiljde sig utfallet inte mellan könen på ett påtagligt sätt. Skillnaderna låg inom 1 - 2 procentenheter, vilket inte kan anses kliniskt relevant.

Verksamhetsfaktorer och palliativt vårdinnehåll

Verksamhetsfaktorer som samvarierar med ett bättre palliativt vårdinnehåll

Svenska palliativregistrets målsättning är att vården ska bli bättre för den som vårdas i livets slutskede. För att se om några speciella faktorer hos den registrerande enheten verkar vara extra gynnsamma eller försvårande för vårdresultatet har vi samkört vissa frågor från enhetsenkäterna mot frågor från dödsfallsenkäterna. Analyserna har gjorts med hjälp av statistiker vid Onkologiskt centrum i Umeå. Viktigt är att de nedanstående resultaten bara fastslår där det finns en statistiskt signifikant samvariation. Vi kan inte uttala oss om några orsakssamband. Däremot är resultaten hypotesgenererande för framtida studier som eventuellt kan belysa om något orsakssamband föreligger.

Exempel på frågor som vi vill belysa är om det spelar någon avgörande roll om man har tillgång till läkare jourtid eller inte, om man har skriftliga rutiner eller inte, om man har tillgång till injicerbara vidbehovsläkemedel på enheten eller inte, om antalet dödsfall/år på enheten och om själva vårdenhetsstypen spelar någon roll för det palliativa vårdinnehållet. I samtliga fall skulle man kunna tro att dessa faktorer kan spela roll. Nu när vi fått in över 30 000 registreringar under ett år så börjar det bli möjligt att belysa dessa frågeställningar med statistiska analyser. Resultaten kan sedan påverka vad vi från registrets sida ska betona i det fortsatta förbättringsarbetet ute i verksamheterna.

Tillgång till läkare jourtid

Har tillgången till läkare jourtid betydelse för patientens vårdinnehåll?

Tillgången till läkare på jourtid har delats upp i 3 grupper: 0 - 2 timmar (15 780 registreringar), mindre än 1 dygn (7 652 registreringar) och läkare saknas (3 544 registreringar).

Enheter med god läkartillgång jourtid (inom 2 timmar) har i större utsträckning genomfört informerande läkarsamtal med patienten (49 % mot 30 % och 31 % i de övriga grupperna). Vid motsvarande analys av enbart kommunala boenden är denna skillnad knappt påvisbar.

Enheter med god läkartillgång jourtid har också i större utsträckning genomfört informerande samtal med närstående (73 % jämfört med 50 % och 49 %).

VAS/NRS för skattning av smärta har använts oftare på enheter med god tillgång till läkare jourtid (14 % jämfört med 5 % på de övriga enheterna). Dessa skillnader är statistiskt säkerställda ($p < 0.001$).

Läkartillgång jourtid	Inom 2 timmar	Inom 1 dygn	Läkare saknas jourtid
Läkarinfo patient	49%	30%	31%
Läkarinfo närstående	73%	50%	49%
Smärtskattning	14%	5%	5%

Några skillnader i detta avseende noterades inte vad gäller andelen patienter med kvarvarande inte helt lindrade symtom, förekomsten av trycksår, andelen där närstående var närvarande vid dödsögonblicket och överensstämmelsen mellan dödsplatsen och patientens senaste uttalade önskan.

Skriftliga rutiner

Har skriftliga rutiner på enheten betydelse för patienternas vårdinnehåll?

När skriftliga rutiner fanns (=ja) för vilka injektionsläkemedel som ska ordineras vid behov ökade andelen som hade en sådan ordination sista dygnet signifikant: Smärta: ja (skriftlig rutin finns) 92 % hade vid behovsläkemedel ordinerat mot nej (=saknade rutin) 87 % hade ordination, rosslighet ja 87 % mot nej 74 %, illamående 87 % mot 74 % och oro/ångest 83 % mot 69 %.

Tydlig samvariation noterades också vad gäller om man erbjöd eftersamtal eller ej: 79 % med rutin och 45 % utan rutin.

Enheter med skriftliga rutiner angående informerande samtal till patienter och närstående hade inte högre andel genomförda samtal än de utan sådana rutiner.

Fanns injektionsläkemedel att tillgå på enheten?

De enheter som saknar tillgång jourtid till injicerbara läkemedel för de rekommenderade indikationerna smärta, rosslighet, ångest, illamående och andnöd är i stort sett uteslutande kommunala korttidsplatser/säbon. Har man inte tillgång till dessa läkemedel jourtid på enheten så minskar andelen som får dessa ordinerade signifikant.

Endast i 145 fall av 26 976 registreringar saknades tillgång till injektionsläkemedel mot smärta. Bland dessa 145 fall var det ordinerat i 79 % jämfört med 91 % där de hade tillgång till läkemedlet.

Injektionsläkemedel mot illamående saknades i 4 220 fall (16 %) och dessa hade ordinationer i 75 % av fallen mot 85 % då läkemedlet fanns att tillgå på enheten i fråga.

Injektionsläkemedel mot rosslighet saknades i endast i 225 fall och hade då ordination i 66 % av fallen jämfört 83 % där det fanns tillgängligt. Injektionsläkemedel mot oro/ångest saknades i 1 988 fall (7 %) och hade ordinationer i 62 % av fallen jämfört med 81 %.

Påverkar antalet avlidna på enheten/år vårdinnehållet? (0-9; 10-24; >24)

Vårdenhetstypen som bidrar med klart flest fall (ca 60 %) i gruppen >24 dödsfall/år är specialiserad palliativ vård. De övriga fallen delas jämnt mellan sjukhusavdelningar och kommunala korttidsplatser/säbon. I de övriga två grupperna, med färre än 25 dödsfall per år, dominerar klart korttidsplatser/säboenheter.

På enheter med fler än 24 dödsfall/år är andelen patienter som fått ett informerande läkarsamtal markant högre (59 % mot 27 % respektive 26 %). En liten kompensation från sjuksköterskornas sida noteras (3 %, 8 % och 10 %) men gör ändå att mer än 50 % på dessa enheter med färre än 25 dödsfall/år ej fått möjlighet till ett

informerande läkarsamtal (54 % på båda jämfört med 23 % på enheter med >24 dödsfall/år). Att summan inte blir 100 % i respektive grupp beror på varierande andel "vet ej"- svar.

Informerande samtal med närstående genomförs markant oftare av läkare på enheter med >24 dödsfall/år (80 % mot 51 % och 47 %). Däremot skiljer sig inte andelen som blir utan information åt (ca 3 % i samtliga grupper) då sjuksköterskorna kompenserar för bristen på läkardeltagande. Användandet av VAS/NRS är vanligare på enheter med >24 dödsfall/år jämfört med andra enheter (17 % jämfört med 6 % och 5 %).

Analys av enhetsfaktorer som kan samvariera med olika vårdinnehåll

Metod

Logistisk regression är ett sätt att statistiskt belysa hur olika faktorer samvarierar med ett visst utfall (i detta fall ett visst palliativt vårdinnehåll). För varje faktor definieras en referenskategori med odds-kvot 1. En odds-kvot större än 1 betyder att oddset (och därmed också sannolikheten) ökar att innehållet ska ha kommit patienten till del. En odds-kvot under 1 betyder motsvarande att sannolikheten minskar. För att resultatet inte helt ska bedömas vara en slumpmässig skillnad ska p-värdet vara mindre än 0,05.

Informerande läkarsamtal

Informerande läkarsamtal med den sjuke (endast de som förlorat sitt självbestämmande timmar/dagar innan dödsfallet).

	Odds-kvot	95% konf. int	p-värde
Vårdenhetstyp			
Korttidsboende/särskilt boende	1.000		
Avancerad hemsjukvård/hospice	8.545	7.542 - 9.680	<0.001
Sjukhusenhet	1.582	1.378 - 1.817	<0.001
Övriga	5.733	4.751 - 6.917	<0.001
Antal dödsfall på enheten / år			
0-9	0.974	0.835 - 1.137	0.739
10-24 år	0.968	0.859 - 1.092	0.598
>=25	1.000		
Tillgång till läkare jourtid			
0-2 timmar	1.000		
<1 dyg	0.926	0.828 - 1.035	0.174
Tillgång till läkare saknas	0.759	0.655 - 0.881	<0.001

Kommentar: Av tabellen ovan ser man att vårdenhetstypen är det som spelar störst roll för om ett informerande samtal genomförs med den sjuke eller ej. Störst är chansen att det genomförs på de specialiserade palliativa enheterna, men också inom övriga vårdformer som t ex basal hemsjukvård. När tillgång till läkare jourtid saknas minskar oddsens för att ett informerande läkarsamtal har genomförts signifikant.

Injektionsläkemedel vid behov

Alla fyra vidbehovsläkemedel i injektionsform finns ordinerade (för smärta, rosslighet, illamående och oro/ångest).

	Odds-kvot	95% konf. int	p-värde
Vårdenhetstyp			
Korttidsboende/särskilt boende	1.000		
Avancerad hemsjukvård/hospice	3.951	3.473 - 4.495	<0.001
Sjukhusenhet	0.629	0.556 - 0.711	<0.001
Övriga	1.294	1.086 - 1.543	0.004
Antal dödsfall på enheten / år			
0-9	0.813	0.718 - 0.921	0.001
10-24 år	0.824	0.742 - 0.915	<0.001
>=25	1.000		
Tillgång till läkare jourtid			
0-2 timmar	1.000		
<1 dygn	1.041	0.943 - 1.151	0.425
Tillgång till läkare saknas	0.984	0.869 - 1.114	0.797

Kommentar: Minst troligt att alla dessa ordinationer finns på plats är på sjukhus och mest troligt på specialiserade palliativa enheter och på enheter med >25 dödsfall/år.

Trycksår

Trycksår av grad 2-4 sista veckan i livet.

	Odds-kvot	95% konf. int	p-värde
Vårdenhetstyp			
Korttidsboende/särskilt boende	1.000		
Avancerad hemsjukvård/hospice	1.298	1.116 - 1.510	0.001
Sjukhusenhet	0.871	0.722 - 1.050	0.147
Övriga	0.767	0.579 - 1.017	0.066
Antal dödsfall på enheten / år			
0-9	0.790	0.654 - 0.954	0.014
10-24 år	0.901	0.776 - 1.046	0.172
>=25	1.000		
Tillgång till läkare jourtid			
0-2 timmar	1.000		
<1 dyg	1.086	0.951 - 1.240	0.223
Tillgång till läkare saknas	1.006	0.846 - 1.197	0.946

Kommentar: Oddset för att dö med ett trycksår är något större på de specialiserade palliativa enheterna och något mindre på enheter med få dödsfall. Om detta kan förbättras genom åtgärder på de specialiserade enheterna eller om detta är ett resultat av otillräcklig trycksårsprofylax tidigare i vårdkedjan, är svårt att uttala sig om. Kompletteringen i den nya versionen av dödsfallsenkäten (fr o m 110101) med frågan om den sjuke hade trycksår vid ankomsten till enheten kommer att kunna ge svar på denna fråga.

Närvarande i dödsögonblicket

Personal eller närstående närvarande vid dödsögonblicket.

	Odds-kvot	95% konf. int	p-värde
Vårdenhetstyp			
Korttidsboende/särskilt boende	1.000		
Avancerad hemsjukvård/hospice	1.178	1.023 - 1.358	0.023
Sjukhusenhet	0.555	0.478 - 0.644	<0.001
Övriga	1.873	1.386 - 2.531	<0.001
Antal dödsfall på enheten / år			
0-9	1.247	1.050 - 1.481	0.012
10-24 år	1.204	1.053 - 1.377	0.007
>=25	1.000		
Tillgång till läkare jourtid			
0-2 timmar	1.000		
<1 dygn	1.239	1.091 - 1.407	0.001
Tillgång till läkare saknas	1.265	1.069 - 1.497	0.006

Kommentar: Minst troligt att man dog med någon närvarande var det på sjukhus, dvs där dog man oftare ensam. Det var något mer troligt att man dog ensam på enheter med många dödsfall (>25) och där det fanns god läkartillgång jourtid.

Eftersamtal

Närstående erbjuds eftersamtal.

	Odds-kvot	95% konf. Int	p-värde
Vårdenhetstyp			
Korttidsboende/särskilt boende	1.000		
Avancerad hemsjukvård/hospice	7.307	6.348 - 8.410	<0.001
Sjukhusenhet	0.516	0.456 - 0.584	<0.001
Övriga	2.551	2.110 - 3.084	<0.001
Antal dödsfall på enheten / år			
0-9	0.916	0.810 - 1.035	0.160
10-24 år	1.032	0.930 - 1.146	0.551
>=25	1.000		
Tillgång till läkare jourtid			
0-2 timmar	1.000		
<1 dyg	1.018	0.922 - 1.125	0.722
Tillgång till läkare saknas	1.100	0.972 - 1.246	0.132
Skrivna rutiner att närstående ska erbjudas eftersamtal			
Nej	1.000		
Ja	3.505	3.236 - 3.797	<0.001

Kommentar: Att efterlevande erbjuds ett eftersamtal är markant troligare om den sjuke vårdats på en specialiserad palliativ enhet och om man har skriftliga rutiner för detta på enheten.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis verkar det finnas tydliga samvariationer mellan vissa enhetskaraktäristika och det erbjudna vårdinnehållet. Vi måste dock igen påtala att detta inte säger något om ett orsakssamband.

Andelen patienter som får informerande läkarsamtal är större på specialiserade palliativa enheter, basal hemsjukvård och på enheter som har mer än 24 dödsfallsregistreringar/år. Dessa enheter har också större andel närstående som fått ett läkarsamtal och man använder i högre utsträckning smärtskatning med VAS/NRS.

Enheter med skriftliga rutiner och specialiserade palliativa enheter har högre andel med vidbehovsordinationer i injektionsform och högre andel som erbjuds eftersamtal. Enheter utan tillgång till injektionsläkemedel har i lägre utsträckning vidbehovsordinationer.

Trycksår är vanligare på specialiserade palliativa enheter. Man dör oftare ensam på sjukhus.

Goda exempel på vårdutveckling med registerdata

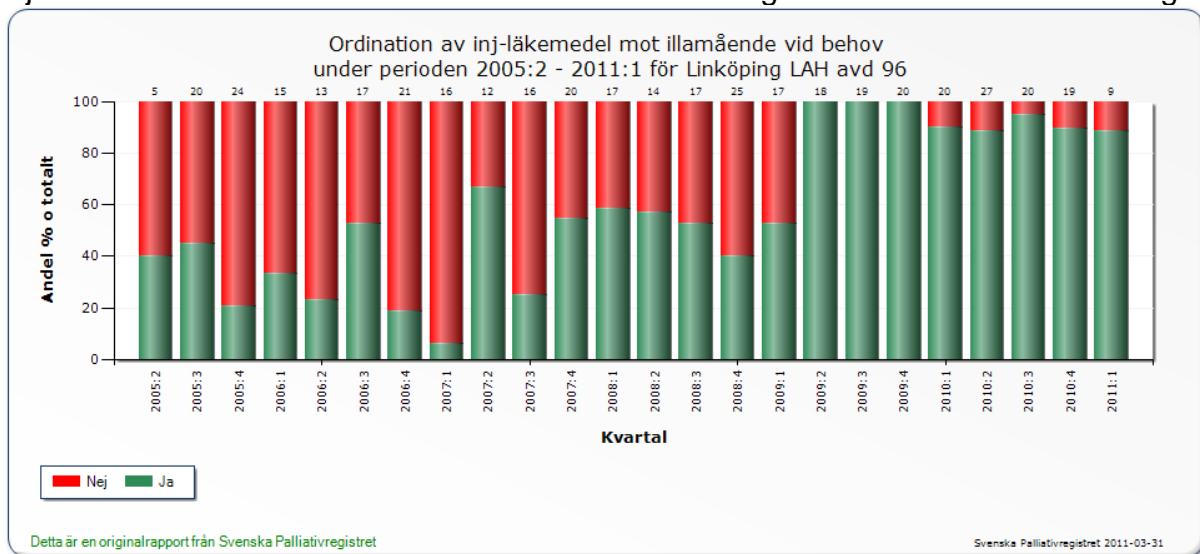
Rutin om läkemedelsanvändning

Rutin om läkemedelsanvändning i livets slutskede

40-70 % av patienter med avancerad cancer besvärar vid något tillfälle av illamående och obehandlat kan detta leda till nedsättning av patientens livskvalitet, skapa oro hos närstående samt frustration hos vårdpersonal. I livets slutskede är orsaksinriktad behandling ofta inte möjlig eller meningsfull utan behandlingen blir symtomriktad. Illamåendet kan lindras (25 - 90 %) genom behandling med läkemedel som pga. patientens ofta nedsatta allmäntillstånd i livets slutskede, med bl.a. svårigheter att ta tabletter, bör ges i injektionsform i första hand i underhudsfettet.

Avd 96 är en palliativ slutenvårdsenhet (6 vårdplatser) på Universitetssjukhuset i Linköping som varit med och registrerat i Svenska palliativregistret sedan starten. Varje år avlider 80 - 100 patienter på enheten, oftast med cancerdiagnos. Avdelningen präglas av hög kompetens och låg personalomsättning.

Nedanstående rapport har hämtats "on-line" från registrets hemsida och visar en markant förändring mellan kvartal 1 och kvartal 2 2009 avseende ordination av injektionsläkemedel mot illamående vid behov. Vad låg då bakom denna förändring?



Palliativt kompetenscentrum i Östergötland publicerade 2006-11-30 på Landstinget i Östergötlands hemsida "Riktlinje för läkemedel vid palliativ vård i livets slutskede" där lämpligt läkemedel mot illamående angavs likväl som administrerings sätt och doser. Sedvanlig information om riktlinjen följde men andelen som fick nytta av åtgärden ökade inte förrän andra kvartalet 2009 då det skedde ett genombrott. Ett klinkbeslut fattades att riktlinjen skulle tillämpas!

Resultatförbättring på universitetsklinik

Under 2010 har Med/Ger/Akut enheten SU/Östra fortsatt haft en mycket hög registreringsfrekvens – 397 av kliniken 400 dödsfall har registrerats.

Sedan kliniken anslöt sig till registret 2008 har andelen döende patienter med tillgång till symptomlindrande läkemedel ökat markant (mot smärta från 75 % - 90 %, mot illamående från 40 % - 90 %; mot ångest från 60 % - 97 % och mot rosslighet från 60 % - 90 %). Inte minst ser man hur de patienter som dött av lungsjukdom i högre grad än tidigare både fått tillgång till symptomlindrande läkemedel men också i högre utsträckning faktiskt blivit lindrade från sina symptom. År 2008 var endast 70 % av de döende med lungsjukdom lindrade från ångest mot 95 % år 2010 och endast 55 % lindrade från rosslighet jämfört med 85 % år 2010.

Fullriggarens vårdboende Helsingborg

Fullriggarens vårdboende i Helsingborg är ett särskilt boende med 40 vårdtagare. Av dessa är 8 platser en demensavdelning. Fullriggaren har registrerat alla dödsfall i Svenska palliativregistret sedan 1,5 år tillbaka. Efter ett dödsfall samlas arbetsgruppen, dvs enhetschef, sjuksköterska, undersköterskor och om möjligt även sjukgymnast och arbetsterapeut, och diskuterar dödsfallsenkätens frågor tillsammans.

Dessa diskussioner och granskningen av Fullriggarens resultat i registret har lett till en större medvetenhet hos personalen när det gäller vad som utgör en god vård i livets slutskede. På enheten försöker man nu ha ett samtal i tidigt skede med de boende om var de vill avsluta sina liv. Man är också mer uppmärksam på och planerar tidigare för vården i livets slutskede.

Personalen har också utifrån registrets frågor sett till att injektionsläkemedel för ångest och illamående numera finns att tillgå på enheten. Enheten har också tagit fram rutiner för uppföljning av närstående och alla efterlevande erbjuds numera eftersamtal.

Detta har medfört att personalen känner sig tryggare. Nästa uppföljning av resultaten kommer att ske vid ett möte under våren där vi kommer att ta ställning till vad vi kommer att behöva fortsätta att arbeta med. För att ytterligare försöka höja kvaliteten på vården i livets slutskede har enheten just infört Liverpool Care Pathway.

Norrbottens läns landsting

Norrbottens läns landsting har genom ett målmedvetet arbete ökat täckningsgraden i länet under 2010 från knappa 20 % (18:e plats i Sverige 2009) till 60 % fjärde kvartalet 2010 (4:e plats). Detta har åstadkommit genom ett länsövergripande projekt där man startat upp palliativa rådgivningsteam (PRT) på alla fem sjukhusen i länet. Tio stycken sjuksköterskor har anställts på dessa team tillsammans med 25 % läkare på tre av sjukhusen. Man samarbetar med kuratorer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister och sjukhuskyrkan.

Två av dessa PRT-sjuksköterskor har fått ökad kunskap om Svenska palliativregistret och har i sin tur arrangerat flera utbildningar hur man ska använda sig av registret över länet. Alla tio PRT-sjuksköterskorna har också på sin ort haft uppsökande verksamhet för att få upp deltagandet och täckningsgraden. Tid för att hjälpa enheterna att ansluta sig och att komma igång har prioriterats. Många har tagit kontakt för att få muntlig information och praktisk hjälp. PRT-sjuksköterskorna har deltagit vid arbetsplatsträffar, anordnat informationsdagar om registret med videosändningar över hela länet, informerat läkare på morgonmöten, mailat till verksamhetschefer och enhetschefer och sedan tagit personlig kontakt med dessa.

Under 2011 kommer PRT-teamen fortsätta att stimulera förbättringsarbetet på deltagande enheter utifrån deras egna insamlade statistik och de mål som registret definierat.

Smärtskattning gör skillnad

På Lovisa Gården i Handen utanför Stockholm har vi alltid arbetat aktivt med smärt- och ångestlindring. Ingen boende skall behöva lida av smärta och/eller ångest. I vårt arbete har vi funnit att ångest ofta har sitt ursprung i värk/smärta. I takt med att demensen fortskrider blir det svårare att verbalt kommunicera med den boende varför vi behöver kunna bedöma, skatta och utvärdera smärta på annat vis. För en tid sedan fann vi "Abbey pain scale", en skattningsskala för personer med demenssjukdom som har nedsatt verbal förmåga. Genom att göra en skattning med hjälp av Abbey får vi tydlig indikation på om oron har sitt ursprung i smärta och kan därigenom sätta in smärtlindring. Kort därefter gör vi alltid en ny skattning för att se om smärtlindringen har hjälpt, eller om den behöver ökas. Ordinationen utvärderas sedan kontinuerligt. På så sätt kvalitetssäkrar vi våra insatser kring våra boendes smärtrelaterade oro och skapar en bättre livskvalitet för individen.

"Välmående boende ger ett välmående boende".

Kunskapsstöd på olika sätt via registret

” Nationella Kvalitetsregister och kompetenscentra utgör ett heltäckande kunskapssystem som aktivt används på alla nivåer för löpande lärande, förbättring, ledning och styrning av all vård- och omsorgsverksamhet.”

Ovanstående citat kommer direkt från SKL:s hemsida www.kvalitetsregister.se. Låt oss börja med att konstatera att det finns flera aktörer som berörs kring ett sådant brett ämne som vård i livets slut. Palliativ medicin respektive omvårdnad är i Sverige ännu inte erkänt som en egen specialitet. Detta till trots så finns det mycket kunskap i ämnet i alla yrkesgrupper.

Det pågår ett brett förankrat arbete nationellt med syftet att skapa ett nationellt vårdprogram för palliativ vård. Förenklat uttryckt så kan ett sådant program sägas beskriva hur vården ska bedrivas och kvalitetsregistrets primära uppgift blir då att mäta utfallet av den vård som bedrivs. SKL:s vision manar dock till ett mer heltäckande koncept där registret också ska ta ett ansvar för att resultat analyseras, problematiseras och leder till ett lokalt förbättringsarbete. De områden som registret idag fokuserar på är inte till hundra procent rätt eller fel. Vi frågar t ex om det fanns någon närstående eller någon personal fysiskt närvarande i dödsögonblicket i samma rum som patienten. Genom att låta enheten för sig själv beskriva hur det är skapas ett diskussionsunderlag kring hur man organiserar vården lokalt. Konsten är att skapa tid för sådan lokal analys – något som registret förstås inte rår över. Vad kan vi då bistå med?

Årsrapporter

I en årsrapport redovisas en del av resultaten visserligen med en viss tidsfördröjning (denna årsrapport presenteras i april 2011 och gäller verksamheten 2010) men resultaten har då hunnit vara föremål för statistisk bearbetning och det ges tolkande kommentarer från registrets ledningsgrupp. Här finns också möjlighet att hålla information om grundläggande begrepp och värderingar aktuella så att den som så behöver snabbt kan få en bild av utvecklingen i Sverige.

Goda exempel

I takt med att registret växer så dyker det upp allt fler exempel från olika verksamhetsområden på hur man med hjälp av registret har utvecklats på olika vis lokalt eller t o m i ett helt län. Goda exempel publiceras idag fr a i våra årsrapporter.

Korta dokument

För att lite mer fördjupat förklara vad vi egentligen vill få fram för grundläggande vårdinnehåll hos alla vårdgivare har genom åren ett antal 1 – 2-sidiga dokument skapats motsvarande de områden registret belyser i dödsfallsenkäten. Dessa dokument finns i pdf-format på hemsidan. Några av dessa dokument finns också i en version som utskriven på papper och vikt på rätt sätt blir en 4-sidig broschyr i fickformat.

Film och webbtve

Registret har låtit spela in en stillbildspresentation med speakerröst som presenterar grundtanken med det palliativa vårdinnehållet. Det finns ett inslag från Smålandsnytt som också kan tjäna som en kort introduktion i ämnet.

Delar av årskonferensen kommer att filmas och sändas som webbtve. Registret har också möjlighet att spela in fler korta sekvenser för att belysa viktiga frågor. Till en början kommer det att handla om det praktiska arbetet kring registret men även vara ett komplement till de mer faktainnehållande dokument som nämns ovan.

Teknik förbereds för att tillhandahålla filmat material via ett s k filmhotell.

Telefon

Idag har registret tillräckligt med resurser för att kunna bemanna ett telefonnummer kontorstid. I första hand kan detta användas för praktiska frågor kring registret men beroende på vilka personer som är i tjänst så kan även en del medicinska och omvårdnadsmissiga frågor besvaras.

Frågelåda

Det finns en särskild e-postadress g@palliativ.se dit vem som helst kan skicka medicinska eller omvårdnadsmissiga frågor om palliativ vård. Frågelådan bevakas och besvaras av både läkare och sjuksköterska med mångårig erfarenhet av palliativ vård.

Fältarbetare och utvecklingsledare

Registret har idag ett antal s k fältarbetare anställda, företrädesvis på deltid. Varje fältarbetare har minst ett landsting eller en regiondel som sitt ansvarsområde. Uppdraget består i att lära känna sitt områdes verksamheter för att tillsammans med de lokalt anställda utvecklingsledarna hjälpa till att driva det palliativa vårdinnehållet framåt. De kan alltså utan kostnad medverka vid t ex arbetsplatsträffar.

Informations- och analysarbete

Ett antal personer i registret har en beredskap att kunna medverka i större sammanhang. Det kan gälla allt från rena introduktionsträffar i ett landsting eller en region till att i en liten mindre men initierad ledningsgrupp lära sig att analysera sina egna data och komma med praktiska förslag på förbättringar.

Riktade kurser

Registret har allt sedan starten regelbundet haft nationella baskurser för de som vill komma igång. Dessa kurser har under 2010 kompletterats med en heldagskurs i arbete med sina egna utdata. Under 2011 planeras ytterligare tillskott i form av en kurs kring kommunikation om övergången från bromsande behandling till rent lindrande behandling.

Ledning och styrning

Registret har sedan flera år uppmärksammat det dilemma som uppstår när man försöker använda resultatet av den vård som ges och samlas in i registret som underlag för kostnadsersättning till den utförande verksamheten. Det positiva och eftersträvansvärda med ledning och styrning med hjälp av kvalitetsregister är själva arbetet ATT det bedrivs ett systematiskt uppföljningsarbete. Det negativa uppstår när

det rapporterade resultatet får olika ekonomiskt värde beroende på vilket resultat man anger. Det behövs alltså en diskussion med mycket eftertanke kring hur dessa olika uppgifter skall kunna samverka utan att det ena behovet riskerar att förstöra trovärdigheten för det andra behovet.

Brytpunktssamtal – när det ska hållas och vad det ska innehålla

Det är svårt att exakt förutsäga hur lång tid en människa har kvar att leva. Istället för en precis definition får vi istället ofta tänka i termer av "att döden är oundviklig inom en överskådlig framtid" vilket innebär att det bara finns en kort tid kvar i livet, kanske några timmar, dagar, veckor eller månader. För att skapa möjlighet för patienten och de närstående att förbereda sig är det av central betydelse att få insikt i att livet lider mot sitt slut. Patienter och närstående som har insikt om sin situation har mycket större möjligheter att planera för och ta vara på den sista tiden i livet.

I enlighet med Världshälsoorganisationens definition (WHO, 2002) betraktar den palliativa vården döendet som en normal process och syftar till att hjälpa patienten att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut samtidigt som den palliativa vården varken skall påskynda eller uppskjuta döden. Men detta är svårt när den enorma medicinska kunskapsutvecklingen delvis satt det "normala" i döendet ur spel. Gränserna har hela tiden tänjts för vad en läkare kan göra för en svårt sjuk patient. Det finns mycket kunskap och många metoder i dagens sjukvård för att hålla tillbaka sjukdom och död – men många behandlingar som förlänger livet orsakar samtidigt mycket lidande.

I vissa situationer är det möjligt för hälso- och sjukvården att erbjuda en person med ett obotligt sjukdomstillstånd med kort förväntad överlevnad olika behandlingar med olika syften. Exempel på en sådan situation är t.ex. när en person har en långt framskriden lungcancer, när en person med avancerad demens drabbas av återkommande aspirationspneumonier eller när njurarna sviktar hos en multipelt sjuk person med låg funktionsnivå. Oavsett vilken typ av vård eller behandling patienten väljer kommer den att vara symtomlindrande och inriktad på livskvalitet – inte botande. För de flesta personer är de viktigaste målen med en behandling att leva så länge som möjligt och få en så god livskvalitet som möjligt. Ibland kan dessa två mål gå att förena, ibland kan de stå i motsats till varandra.

Den sjuka personens val handlar i dessa exempel ytterst inte om huruvida han eller hon kommer att bli frisk eller avlida i sin sjukdom. Valet handlar om var, hur och med vilket livsinnehåll som han eller hon vill leva den sista tiden av sitt liv.

Vårdpersonalens uppgift är då att, utifrån de behandlingsalternativ som finns och personens förutsättningar, vägleda dessa patienter i övergången till palliativ vård i livets slutskede, och kommunicera detta i ett s.k. brytpunktssamtal.

I Hälso- och sjukvårdslagens § 2b, som även gäller i livets slutskede, framgår att patienten ska ges en individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. För att uppfylla detta lagstadgade krav är aktiv läkarmedverkan en odiskutabel förutsättning. I livets slutskede förlorar dock många människor successivt sin förmåga att tillgodogöra sig

given information pga t ex hjärnskador, medvetandesänkning eller förvirringstillstånd och i dessa fall är det lagens mening att informationen istället ska lämnas till en närstående. Vid vilken tidpunkt detta sker dvs att närstående informeras istället för patienten, blir en värdering av vårdpersonal från fall till fall.

Informationens värde, för patient och närstående, ligger i att den skapar förutsättningar för valfrihet och delaktighet t ex i fråga om val av vårdform, acceptering av behandling eller andra livsval. Informationen har också ett värde för teamet runt patienten. Teamet har då möjlighet att fokusera på patientens symtomlindring och livskvalitet och avstå från vårdåtgärder som i denna del av livet inte gagnar patienten. Följande två frågor, kan hjälpa oss i den kliniska vardagen att se vilka åtgärder som gagnar patienten. Detta oavsett var i förloppet patienten befinner sig eller om åtgärden är medicinsk eller av omvårdnadskaraktär: den medicinska frågan "Vad kan vi göra?" och den medicinsk-etiska frågan "Vad bör vi göra av det vi kan göra?" I livets slutskede skiljer sig ibland svaren på frågorna åt. Om vi använder dessa frågor kontinuerligt för varje åtgärd som är aktuell för den palliativa patienten kommer vi att indirekt märka tecken på när livets slutskede successivt (eller plötsligt) närmar sig. Dessa två frågor måste förstås ständigt kompletteras med patientens lagstadgade rätt att avstå från föreslagna behandling.

Ett brytpunktsamtal där information förmedlas att patienten befinner sig i livets slutskede, att patienten inte gagnar av livsförlängande terapier och att den fortsatta vården är inriktad på livskvalitet och symtomlindring, bör ledas av behandlingsansvarig läkare. Förutom patient och närstående bör också gärna ansvarig sjuksköterska närvara vid detta samtal för att säkerställa kontinuiteten. Man bör också efterhöra hur patienten tänker på sin sjukdom och vad han/hon har för önskemål vid ytterligare försämring vad gäller vårdplats och övriga hjälpinsatser. Rätten till närståendepenning förklaras och eventuella intyg skrivs. Samtalets innehåll och konsekvenser dokumenteras i journaltext och kommuniceras i vårdkedjan.

Tankar som legat till grund för den förändrade dödsfallsenkäten

Svenska Palliativregistrets huvudsyfte är att människor som vårdas i livets slutskede ska få en optimal vård oavsett diagnos och typ av vårdenhet. Stråvan i registrets dödsfallsenkät har varit att efterfråga mätbara men samtidigt tydliga, enkla och allmängiltiga mått på hur man arbetar med vårdbehoven i livets slutskede (processmått) och hur det blir för patient och närstående (resultatmått).

2011-01-01 förändrades Svenska Palliativregistrets dödsfallsenkät och genom detta även utseendet på hemsidans resultatsbilder (realtidsrapporter). Orsaken till att en ny version av dödsfallsenkät tagits fram är dels kontinuerlig feedback från många av våra användare (1000 användarkommentarer har analyserats), dels ett omfattande valideringsarbete som genomförts inom ramen för två vetenskapliga projekt.

Syftet med den första vetenskapliga studien var att jämföra inrapporterade data med avlidna patienters vanliga journalinformation. Vid journalgenomgång noterades stor förbättringspotential av såväl medicinsk som omvårdnadsdokumentation avseende viktiga aspekter i livets slutskede som beslutsprocess, delaktighet, vårdinnehåll och närståendestöd. Mer än hälften av de händelser/aktiviteter som rapporterats i registrets dödsfallsenkät saknade dokumentation.

Den andra studiens syfte var att för samma individ jämföra information i datoriserad journalmall (prospektiva data) med inrapporterad dödsfallsenkät (retrospektiva data). Åtta av det nuvarande formulärets 25 frågor visade en samstämmighet under 80 % (1). Det samlade resultatet av dessa initiativ har legat till grund för den omarbetade dödsfallsenkät som nu efter pilottestning och professionell språkgranskning har tagits i drift.

Syftet med den nya versionen av dödsfallsenkät är att frågorna ska vara mer preciserade och tydliga och därmed lättare att besvara på ett konsekvent sätt. Vi har medvetet lyft fram vikten av att åtgärden är dokumenterad i flera frågor. Anledningen är att dokumentation är en förutsättning för adekvat uppföljning och konsekvent genomförande av vissa åtgärder. Dokumentation i journalhandlingar behövs också för att teamet, oavsett vem som tjänstgör, tryggt ska kunna arbeta vidare efter överenskomna riktlinjer för den enskilde patienten/vårdtagaren. Helt enkelt veta vad som gäller, vem som är informerad om vad och vilka åtgärder som ska göras vid ytterligare försämring.

I ett par frågor har vi valt att betona läkarmedverkan vid s.k. brytpunktssamtal. Det innebär inte att de insatser som sjuksköterskorna gör när det gäller information ska förringas. Vi menar dock att läkaren är skyldig att leva upp till sitt lagstadgade ansvar (2) att informera om vad som är möjligt och rimligt vad gäller ytterligare medicinska åtgärder. Resultaten på dessa frågor skulle i bästa fall kunna underlätta för enheter som behöver större läkarmedverkan för att få till en optimal vård i livets slutskede. Vikten av att kontinuerligt bedöma personens munhälsa och ta ställning till eventuell tillförsel eller avveckling av vätska via dropp belyses av två helt nya frågor.

Referenser

1. Martinsson L, Heedman PA, Lundström S, Fransson G, Axelsson B: Validation study of an end-of-life questionnaire from the Swedish Register of Palliative Care. Acta Oncol. 2011 Mar 10.
2. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Enhetsenkät 2007 05 01 – Svenska palliativregistret Enhetsregistrering.

Ifylles en gång per enhet och kalenderår eller vid förändring av verksamheten av avdelningschef eller motsvarande.

1. Enhetens namn _____

2. Kortnamn _____

3. Kommun _____

4. Huvudman: landsting
 kommun
 privat

5. Typ av enhet: sjukhusavdelning, klinik _____
Typ av sjukhus: universitetssjukhus
 länssjukhus
 länsdelssjukhus/närsjukhus
 primärvårdsenhet inklusive allmän hemsjukvård
 kommunal eller annan basal (allmän) hemsjukvård
 korttidsboende
 särskilt boende
 avancerad hemsjukvård (ASiH/SAH/PAH el liknande)
 hospice/ palliativ slutenvårdsenhet
 palliativt rådgivningsteam

6. Enheten har ansvar för (svara på tillämpligt alternativ)
_____ stycken vårdplatser, varav _____ stycken enkelrum

eller

_____ stycken inskrivna patienter/vårdtagare

eller

ett upptagningsområde med _____ invånare/listade patienter

7. Av totalt _____ stycken anställda, har _____ stycken varit anställda mer än 2

år, dvs _____%

8. Sedan ett år tillbaka har _____ stycken inskrivna patienter/vårdtagare avlidit på enheten.
 vet ej

9. Hur lång tid tar det i genomsnitt om en döende patient/vårdtagare behöver akut bedömning på plats under kontorstid:

	0-2 tim	<1 dygn	1-3 dygn	saknas
av en läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
av en sjuksköterska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
av en präst/diakon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
av en kurator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
av en sjukgymnast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
av en arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Hur lång tid tar det i genomsnitt om en döende patient/vårdtagare behöver akut bedömning på plats under jourtid:

	0-2 tim	<1 dygn	saknas
av en läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
av en sjuksköterska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Finns det på enheten möjligheter för vakande närstående att
- sova i samma rum som patienten över natten Ja Nej
- sova i annat rum på enheten över natten Ja Nej

Finns skriftliga rutiner på enheten för:

Ja Nej

12. Hur läkare dokumenterar att patienten/vårdtagaren bedömts som döende?

13. Regelbunden symtomvärdering av döende patient/vårdtagare gällande:

smärta

illamående

oro/ångest

14. Hur närstående informeras om att patienten/vårdtagaren är döende?

15. Information angående möjligheten till närståendepenning?

16. Hur personalen ska uppmärksamma specifika önskemål utifrån etnisk bakgrund?

17. Hur personalen ska uppmärksamma andliga/religiösa behov?

18. Vilka vid behovsläkemedel som ska finnas ordinerade till en döende patient/vårdtagare?

19. Finns tillgång jourtid på enheten till: Ja Nej

injicerbart medel mot smärta (morfin el annan stark opioid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
injicerbart medel mot illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
injicerbart medel mot oro/ångest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
injicerbart medel mot rosslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Finns skriftliga rutiner för åtgärder som ska vidtagas vid dödsfallet?

Ja Nej

21. Finns skriftliga rutiner för hur närstående ska erbjudas eftersamtal efter dödsfallet?

Ja Nej

22. Finns tid för personalen att reflektera över vården av en patient/vårdtagare som dött?

Ja Nej

23. Inrapporterat av _____ titel _____
datum _____

e-postadress _____

Dödsfallsenkät 2007 05 01 –

Svenska palliativregistret Enkät i samband med personens dödsfall.

Ifylles av ansvarig läkare eller sjuksköterska

1. Enhetskod _____ (erhållen efter anmälan om deltagande via hemsidan www.palliativ.se)

2. Personnummer _____

3. Namn på den avlidne _____ (tilltalsnamn + efternamn)

4. Postnummer _____

5. Kön man kvinna

6. Datum då den avlidne skrevs in på den enhet där dödsfallet inträffade (för primärvård/hemsjukvård="aktiv hemsjukvård") _____

7. Avliden datum _____

8. Dödplatsen beskrivs bäst som:

- särskilt boende
- korttidsplats
- sjukhusavdelning - ej palliativ
- hospice/palliativ slutenvårdsplats
- eget hem, med stöd av avanc hemsjukvård
- eget hem, med stöd av basal hemsjukvård
- övrig _____

9. Grundsjukdom som ledde till döden:

- Cancer
- Hjärtsjukdom
- Lungsjukdom
- Demens
- Stroke
- Annan neurologisk sjukdom
- Infektion
- Diabetes
- Övrigt, nämligen _____

10. Kommer den avlidne att genomgå en rättsmedicinsk obduktion?

- ja nej

Om svaret är JA på fråga 10 är enkäten färdig. Underteckna längst ner på sista sidan. Vid dödsfall orsakat av sjukdom besvara även följande frågor.

11. Dödsfallet var utifrån sjukdomshistorien väntat oväntat vet ej

12. Vilket datum, senast före dödsfallet, undersökte/besökte läkare
vårdtagaren/patienten? _____

13. Har ett informellt samtal, om att hon/han var döende, förts med
vårdtagaren/patienten under den sista tiden i livet?

- nej ja, av läkare ja, av sjuksköterska
 ja, av både läkare och sjuksköterska vet ej

14. Har ett informellt samtal, om att vårdtagaren/patienten var döende, förts med
närstående?

- nej ja, av läkare ja, av sjuksköterska
 ja, av både läkare och sjuksköterska vet ej

15. Hur lång tid före dödsfallet tappade vårdtagaren/patienten sin förmåga till
självbestämmande?

- timmar dagar veckor månader år vet ej

16. Har NRS-skala (0 – 10) använts för skattning av smärta under sista veckan i
livet?

- ja nej patienten kan ej medverka vet ej

17. Markera det/de symtom som inte lindrades helt sista veckan i livet.

- andnöd rosslighet annat _____
 förvirring smärta inga besvärande symtom
 illamående oro/ångest vet ej

18. Har specialkompetens utanför teamet/avdelningen konsulterats avseende
patientens icke lindrade symtom?

- nej ja, yrkesgrupp/specialitet _____

19. Hade vårdtagaren/patienten trycksår sista veckan i livet?

- grad 1 grad 2 grad 3 grad 4 nej vet ej

20. Fanns senast ett dygn före dödsfallet vid behovsläkemedel i injektionsform
ordinerade för

- smärta ja nej
rosslighet ja nej
illamående ja nej
oro/ångest ja nej

21. Vem/vilka var närvarande vid dödsögonblicket?

- personal närstående personal och närstående ingen

22. Överrenstämde dödsplatsen med vårdtagarens/patientens senast uttalade
önskan?

- ja nej vet ej

23. På hur många andra platser (ex: hemmet, olika avdelningar, säbo, korttid) än dödsplatsen vårdades vårdtagaren/patienten under de sista två veckorna i livet?

- 0 1 2 3 >3 vet ej

24. Har närstående haft eller kommer närstående att erbjudas ett särskilt eftersamtal en tid efter dödsfallet?

- ja nej vet ej

25. Är ni nöjda med den vård vid livets slut som ni kunde ge vårdtagaren/patienten?

- | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| inte alls | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | helt och hållet |

26. Datum för besvarandet av frågorna _____

27. Ifyllt av _____ (Namn)

läkare sjuksköterska e-postadress _____